Lucrarea este elaborată în cadrul
"Programului de formare a resurselor umane
pentru centrul național pilot de prevenire a maltratării
și îngrijire a copilului maltratat, 1998 - 2001".

Această lucrare a fost realizată cu sprijinul
Comisiei Europene
în cadrul Programului „Leonardo da Vinci".
Conținutul lucrării nu reflectă în mod necesar
poziția Comisiei în acest domeniu.

CENTRUL NAȚIONAL PENTRU PROGRAMUL
DE FORMARE PROFESIONALĂ
"LEONARDO DA VINCI"

FUNDAȚIA INTERNAȚIONALĂ
PENTRU COPIL ȘI FAMILIE

COMISIA EUROPEANĂ

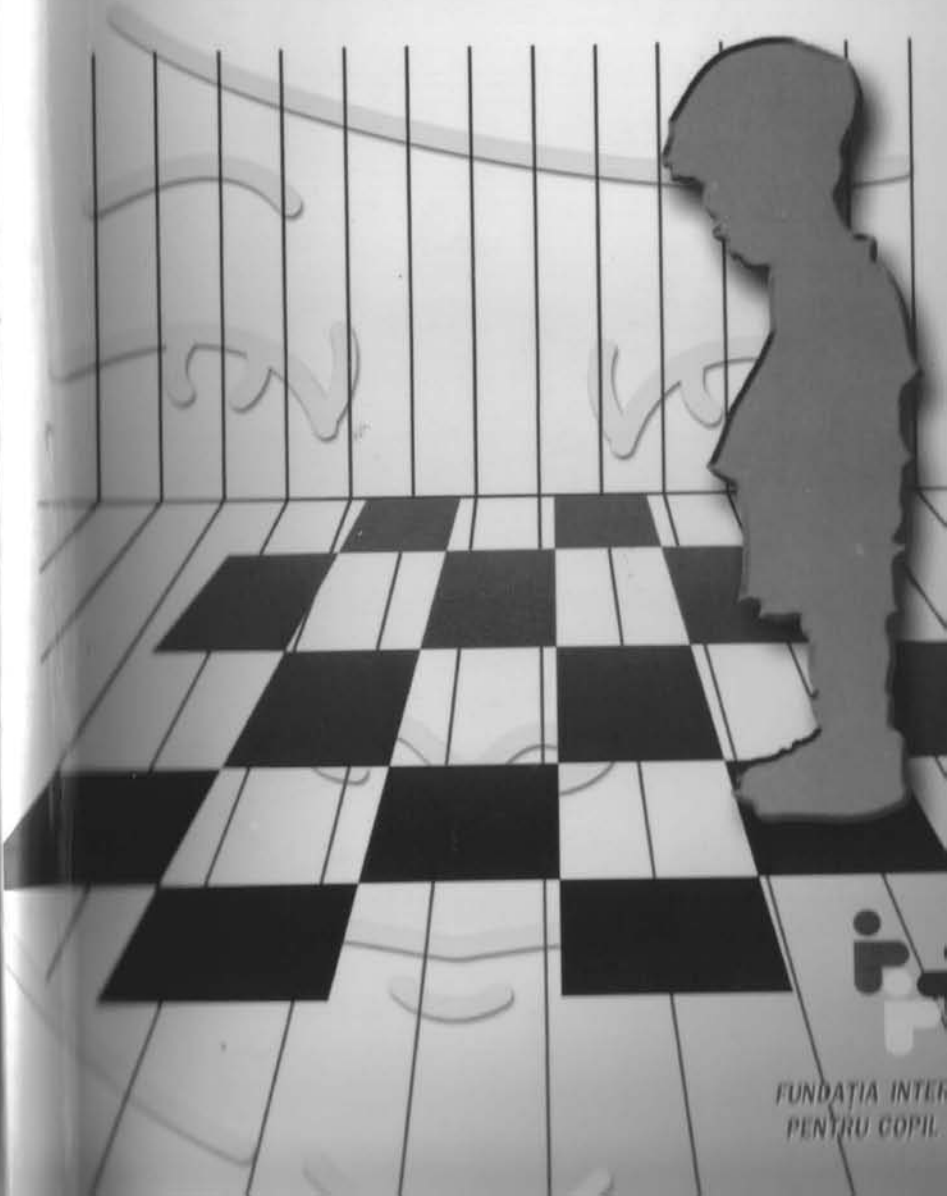
ODEE MDM

ISBN 973-85319-0-8

COPILUL MALTRAT

Evaluare, prevenire, interve

Lucrare colectivă
Coordonator: **Șerban IONESCU**



FUNDAȚIA INTER
PENTRU COPIL

TABLA DE MATERII

Introducere **9**
Șerban IONESCU

Capitolul 1 ..... **13**
Șerban IONESCU, Colette JOURDAN-IONESCU
Maltratarea: forme, epidemiologie, etiologie și consecințe
1. Variabile care influențează definiția maltratării 14
2. Forme de maltratare a copilului 16
3. Date epidemiologice 21
4. Factori etiologici și factori de risc 23
5. Efectele maltratării 28

Capitolul 2 ..... **39**
Ioan DÂMBEANU, Petronela STOIAN, Anne-Marie IONESCU, Laura BÂRSAN, Bianca VAMEȘU, Adina ȘOAITĂ, Doina CHIRU, Irina CUZINO, Adrian TOMA
Abandonul ca formă de neglijare
1. Definiția abandonului 39
2. Convenția ONU cu privire la Drepturile Copilului 40
3. Amploarea fenomenului de abandon în România 41
4. Profilul mamei cu risc de abandon 44
5. Copilul cu risc de abandon 46
6. Locul unde se produce abandonul. Influența acestuia asupra contextului instituțional 48
7. Factori care influențează scăderea abandonului 49
8. Factori care pot influența dinamica fenomenului de abandon 50
9. Perspective în evoluția fenomenului de abandon 50

Capitolul 3 ..... **51**
Maria ROTH-SZAMOSKÖZI
Evaluarea situațiilor de maltratare a copilului
1. Repere profesionale 51
1.1. Delimitarea noțiunii de evaluare 52
1.2. Contextul social al evaluării specifice a copilului 55
1.3. Principiile evaluării 59
2. Procesul și metodele evaluării 62
2.1. Metode și domenii de culegere a informațiilor 62
2.2. Evaluarea copiilor 67
2.3. Evaluarea familiei 79
2.4. Completarea de chestionare și teste 82
2.5. Alte metode de evaluare 86

Capitolul 4 ..... **97**
Colette JOURDAN-IONESCU
Prevenirea maltratării
1. Reziliență și factori de protecție 99
2. Programe de prevenire a maltratării 104
2.1. Programe de prevenire primară 104
2.2. Programe de prevenire secundară 109
2.3. Programe de prevenire terțiară: familia de sprijin 111

Capitolul 5 ..... **125**
Ana MUNTEAN
Intervenția
1. Specificul intervenției în cazul copilului maltratat 125
2. Situația în România 128
3. Tipuri de intervenție 130
4. Etapele intervenției: semnalare, evaluare inițială, intervenție, evaluare 135
5. Tehnici de intervenție cu copilul 137
6. Planul de intervenție 143
7. Intervenientul, echipa, instituțiile implicate 149
8. Părinții 157
9. Eșecul în intervenție 159
10. Concluzii și perspective 161

Capitolul 6 ..... **165**
Șerban IONESCU, Colette JOURDAN-IONESCU, Evelyne BOUTEYRE, Karine SMOTRIEZ, Hélène GAUDETTE
Maltratarea în lume: analiza articolelor de ziar din patru țări
1. *Franța* 166
1.1. Pedofilia 166
1.2. Pornografia infantilă 171
1.3. Semnalarea maltratării 173
1.4. Audierea video a copiilor victime ale agresiunilor sexuale 174
1.5. Violența exercitată între minori 175
1.6. Maltratarea intrafamilială 175
1.7. Infanticidul 177
1.8. Răpirea de copii 177
2. *Israel* 178
2.1. Abuzul fizic 178
2.2. Neglijarea 181
2.3. Abuzul sexual 183
2.4. Pedofilia 188
2.5. Tratamentul pentru abuz sexual 189

2.6. Decizii politice și date statistice 190
3. Quebec 192
3.1. Neglijarea 192
3.2. Pedofilia 193
3.3. Pornografia infantilă 195
3.4. Rele tratamente aplicate minorului 196
3.5. Comerțul cu copii 196
3.6. Falsele acuzații de abuz sexual 197
3.7. «Fapt divers» 203
4. *România* 204
4.1. Neglijarea 204
4.2. Abuzul sexual 208
4.3. Violența 213
5. În loc de concluzie 218
5.1. *Le Monde* 218
5.2. *Ha'aretz* 218
5.3. *La Presse* 219
5.4. *Adevărul* 219

Capitolul 7 223
Georgeta PALICARI, Colette JOURDAN-IONESCU
Probleme etice
1. Probleme etice în contextul românesc 223
1.1 Evoluția protecției copilului în România din perspectiva etică 224
1.2. Prevenirea maltratării - un demers mai etic decât intervenția 227
1.3. Interesul major al copilului - de la deziderat la bună practică 228
2. Perspectiva nord-americană 231
2.1. Factorii care influențează luarea deciziei 232
2.2. Consecințele semnalării 235

Capitolul 8 239
Mihaela IGNATOVICI-LAZĂR
Cadrul legislativ și administrativ în România
1. Cadrul legislativ în România 240
2. Capacitatea de folosință și de exercițiu a copilului 247
3. Protecția copilului neglijat și abuzat 248
4. Autoritățile implicate în protecția copilului 252
5. Perspective în protecția drepturilor copilului 258

Capitolul 9 261
Marceline GABEL
Formarea în problematica maltratării

Capitolul 10 ..... **271**
Nadine OUTIN
Rolul organizațiilor neguvernamentale în inițierea unor noi modele de formare
1. Caracteristicile dispozitivului de formare-acțiune al Fundației Internaționale pentru Copil și Familie 272
2. Impactul dispozitivului de formare ca instrument de creare a unei rețele profesionale 276
3. Concluzii 279

Bibliografie **281**

Index **301**

FUNDAȚIA INTERNAȚIONALĂ
PENTRU COPIL ȘI FAMILIE

Copilul maltratat.
Evaluare, prevenire, intervenție.

Lucrare colectivă
Coordonator: Șerban IONESCU

București 2001

CAPITOLUL 3
EVALUAREA SITUAȚIILOR DE MALTRATARE A COPIILOR

Maria ROTH-SZAMOSKÖZI

1. Repere profesionale

1.1. Delimitarea noțiunii de evaluare

1.2. Contextul social al evaluării specifice a copilului

1.3. Principiile evaluării

2. Procesul și metodele evaluării

2.1. Metode și domenii de culegere a informațiilor

2.2. Evaluarea copiilor

2.3. Evaluarea familiei

2.4. Completarea de chestionare și teste

2.5. Alte metode de evaluare

1. REPERE PROFESIONALE

În orice profesie, evaluarea este orientată spre cunoașterea, înțelegerea, aprecierea semnificației, categorizarea și individualizarea unui fenomen. Indiferent de domeniul din care face parte profesia, fie ea dreptul, medicina, ingineria, educația, arhitectura, asistența socială, psihologia sau ecologia, profesionistul își întemeiază intervenția pe înțelegerea comparativă a caracteristicilor, nevoilor sau problemelor specifice ale unei situații date, cuprinsă în termenul de evaluare (Meyer, 1995).

Dacă într-un caz de maltratare a copilului nu ne bazăm pe cunoașterea și evaluarea aprofundată a sistemului de factori implicați în acea situație, atunci intervenția propusă va fi puțin individualizată, sau va fi influențată de idei preconcepute. De aceea, se consideră că, în procesul de asistare a familiilor și a copiilor, evaluarea situației de maltratare, respectiv cunoașterea aprofundată a sistemului din care face parte copilul, este o sarcină profesională care trebuie să preceadă intervenția, respectiv introducerea unor schimbări efective, în interesul copilului.

1.1 Delimitarea noțiunii de evaluare

Practic, evaluarea și intervenția sunt două componente complementare ale procesului oferirii de ajutor, fiecare având scopuri specifice, dar ambele sunt, în final, menite să asigure respectarea nevoilor biologice și psihologice ale copilului. Hotarul dintre aceste două componente este greu de stabilit, deoarece cunoașterea cazului nu se oprește la faza de evaluare, iar pe de altă parte, evaluarea trebuie astfel condusă încât să nu agraveze starea copilului ci, dimpotrivă, să o amelioreze prin aspectele ei de ordin curativ.

Maltratarea copiilor este unul din domeniile în care, odată cu acumularea datelor privind larga răspândire a fenomenului, se impune din ce în ce mai acut nevoia de a clarifica delimitările pe care profesioniștii trebuie să le ia în considerare pentru a evita exagerările sau subestimările, atât de frecvente chiar și în cele mai moderne state. Aceasta este o necesitate evidentă azi, când asistăm, pe de o parte, la popularizarea prin mass-media a unor excese ale autorităților de protecție a copiilor, care se implică nejustificat în viața unor familii, considerate a fi abuzive sau neglijente pe baza unor probe superficiale, iar, pe de altă parte, la conștientizarea numărului mare de copii aflați fără apărare în fața unor adulți cu un comportament iresponsabil sau abuziv față de proprii copii sau cei ai altora.

În situații de maltratare a copilului, evaluarea are ca prim accept noțiunea de *investigație*, deoarece ea vizează adunarea de informații, care să confirme sau să infirme suspiciunea de comitere a unor rele tratamente de către persoanele în grija cărora se află minorul. Investigația efectuată de un profesionist urmează *sesizării* autorităților de protecție a copilului de către persoane care au luat la cunoștință o anumită formă de violență comisă împotriva copilului sau de copilul însuși. Termenul de investigație are o conotație juridică bine determinată, referindu-se la adunarea de informații care pot servi în cazul unui proces judiciar pentru incriminarea persoanelor care au comis rele tratamente împotriva copiilor. Înțeleasă în acest sens, evaluarea este un proces în care scopul cel mai important este stabilirea adevărului în legătură cu faptele petrecute: dacă și în ce condiții s-a produs un abuz sau este neglijat un copil și în ce categorie specifică de rele tratamente se încadrează acel fapt. Pentru atingerea acestui scop s-au reglementat proceduri de investigație care pot oferi informații valide pentru obiectivarea pericolului în care se poate afla un copil (Manciaux *și colab.*, 1997).

Un al doilea accept al evaluării este cel de *diagnostic*. În caz de rele tratamente îndreptate împotriva copilului, noțiunea de diagnostic acoperă cu predilecție o arie specială a evaluării, și anume pe cea a diagnosticului psihologic al personalității copilului maltratat sau al persoanelor care au comis abuzuri. Acest aspect diagnostic este desigur important pentru evaluarea cazului, în mod special pentru aprecierea consecințelor relelor tratamente asupra personalității copilului, respectiv pentru recunoașterea

simptomelor clinice ale victimelor și ale făptuitorilor. Diagnosticul are un aspect *nomotetic*, prin care sunt relevate categoriile de reacții la traumele suferite, iar personalitățile celor implicați sunt raportate la standardele specifice ale unor instrumente de diagnostic. De asemenea, diagnosticul are și un aspect *idiografic*, care se orientează spre descrierea unicității înlănțuirii variabilelor în alcătuirea tabloului clinic. În sens mai larg, ca echivalent al evaluării, diagnosticul cazurilor de maltratare se va referi la stabilirea cât mai precisă a *categoriei de maltratare*: abuz fizic, sexual sau psihologic, o combinație a celor precedente, neglijare emoțională, educațională, fizică sau morală, exploatare prin muncă sau exploatare sexuală.

Evaluarea se raportează la noțiunea *de risc de maltratare*, respectiv la pericolul pe care îl prezintă o situație dată pentru un copil. În acest context, scopul evaluării în serviciile de protecție a copilului este *aprecierea existenței vreunui pericol pentru copil și a gradului de periculozitate a factorilor care pun în pericol dezvoltarea fizică sau/și psihică sau chiar viața copilului.* Deși terenul reperelor necesare pentru diagnostic este relativ, profesionistul din protecția copilului are, prin mandatul său profesional, menirea de a evalua dacă standardele îngrijirii unui copil corespund sau nu criteriilor "îngrijirii suficient de bune" (Waterhouse, Carnie, 1992) sau, cu alte cuvinte, dacă un anumit copil se află sau nu în primejdie. Standardele îngrijirii satisfăcătoare a copilului se referă la gradul de siguranță prezentat de mediul în care trăiește copilul.

Cooper și Ball (1993) consideră că noțiunea de risc este potrivită nu numai descrierii specificului cazurilor de abuz asupra copilului, dar și pentru caracterizarea muncii asistenților sociali. Pe baza evaluării situației copilului, ei își asumă riscuri, care, la rândul lor, sunt incluse în mecanismul de luare a deciziilor. Într-adevăr, în fiecare caz în care se pune problema relelor tratamente aplicate copilului, cel care are mandatul deciziei în privința unor măsuri de intervenție se va lovi de dileme specifice:

- Este situația copilului atât de dramatică încât necesită scoaterea din propriul mediu?
- Cât este de mare probabilitatea repetării unor rele tratamente sau este vorba de o situație unică, întâmplătoare?
- Este situația într-adevăr atât de gravă cum o vede profesionistul sau cazul este considerat sever datorită diferențelor de perspectivă dintre el și părinți? În ce măsură poate să accepte evaluatorul diferențele de valori dintre constatările sale și ale celor care îngrijesc copilul și până la ce nivel aceste diferențe de valori pot fi acceptabile din punctul de vedere al siguranței copilului?
- Posibilitățile oferite copilului în cazul intervenției sunt într-adevăr superioare situației în care se afla el înainte de intervenție?

Toate aceste dileme îl plasează pe profesionistul din protecția copilului în zona riscului de a greși în deciziile sale (Herczog, 1997).

Adeseori, este extrem de dificil de răspuns la întrebările formulate mai sus, care toate privesc dificultățile profesionistului de a alege în favoarea unei decizii de intervenție sau de neintervenție privind copilul. Scopul evaluării situației copilului va fi, așadar, evaluarea sistemului de factori de care depinde riscul maltratării copiilor. Așa cum arată Ball și Cooper (1993), conceptul de risc implică noțiunile de nesiguranță și de probabilitate, dar nu poate exclude nici noțiunea de pericol efectiv - care, în cazurile de maltratare, poate duce la vătămarea și la suferința sau chiar la decesul unui copil. De aceea, evaluarea acestor cazuri nu poate fi decât una extrem de prevăzătoare și de laborioasă.

Pentru completare adăugăm alte întrebări cărora trebuie adesea să le răspundă un specialist prin evaluare:

- Este sau a fost într-adevăr copilul maltratat într-o măsură care implică incriminarea legală a făptuitorilor?
- Ce fapte au comis cu adevărat făptuitorii?
- Ce riscuri există pentru siguranța momentană sau viitoare a copilului?
- Este nevoie de implicarea procuraturii sau a altor autorități pentru reglementarea situației copilului?
- Ce argumente se pot aduce pentru a susține maltratarea copilului?
- Se poate pretinde ca persoanele care îngrijesc copilul să fie îndrumate, prin intermediul unor servicii specializate, să-și modifice comportamentul față de copil și circumstanțele de viață ale acestuia în condiții care nu pun în primejdie viața sau dezvoltarea copilului?
- Cum a reacționat/reacționează copilul la maltratare?

Persoana sau persoanele care dau răspunsuri la întrebările de mai sus analizează semnele clinice ale copiilor și recurg la tehnici specifice de intervievare. În final, evaluarea servește și ea, ca toate celelalte servicii din sfera bunăstării copilului, scopului fundamental al interesului primordial și pe durată lungă al copilului aflat, la un moment dat, într-o situație dificilă.

Procesul evaluării, la fel ca și cel de intervenție în sprijinul copiilor, are aspecte multiple: legale, medicale și psihologice, individuale, familiale și instituționale, protective, preventive și remediative. De aceea, nici un profesionist singur, nici un anumit serviciu implicat în ajutorul oferit unui copil maltratat nu posedă toate deprinderile, pregătirea și mandatul legal pentru a cuprinde toate aspectele unor astfel de cazuri, respectiv nu poate prelua în exclusivitate toate atribuțiile care rezultă din complexitatea acestui tip de proces (Lanning, 1996). Pentru ca evaluarea să servească într-adevăr interesul copilului, ea nu se poate lipsi de colaborarea unei echipe multidisciplinare care să pună în balanță multiplii factori implicați într-un eventual caz de maltratare și să ia o decizie bine argumentată, cu preluarea responsabilității acestei decizii. Cei care participă la evaluare din partea procuraturii și a poliției trebuie să fie preocupați de faptul că

modul lor de lucru ar putea spori gradul de traumatizare a copilului. La rândul lor, psihologii și medicii trebuie să fie conștienți de faptul că modul lor de abordare, orientat în primul rând terapeutic, poate întârzia sau periclita procedurile legale orientate spre pedepsirea celor responsabili de un anumit abuz.

Pe lângă avantajele ei, munca în echipă are dificultăți specifice. În cazurile de maltratare a copiilor, acestea țin de diferențele atitudinale și de concepție între reprezentanții unor profesii care au adesea diferite unități de măsură în aprecierea gravității cazului dat (Brisset-Chapman, 1995).

Un serviciu social specializat, destinat evaluării situațiilor de maltratare a copilului, funcționează cu atât mai bine cu cât procedurile de evaluare și de intervenție sunt mai clar descrise. Aceasta necesită o gradare a posibilelor rele tratamente și circumscrierea cazurilor care trebuie tratate ca urgențe, necesitând scoaterea copilului din propriul său mediu.

Spre exemplu, standardele pentru serviciile de protecția copilului din statul Carolina de Nord (North Carolina Division of Social Services, 1998) recurg la investigații pentru stabilirea bunăstării *copilului în situații de abuz, de neglijare și/sau dependență de droguri a părinților*. Situațiile care necesită intervenția de urgență a autorităților pentru plasarea copilului în condiții de siguranță sunt următoarele:

- când un copil se află în situație de risc iminent în urma neglijării;
- când un copil preșcolar este maltratat fizic;
- când un copil sub șase ani este lăsat singur;
- când un copil este abuzat sexual;
- când un copil este chinuit sau torturat;
- când viața unui copil se află în primejdie;
- când un copil solicită el însuși ajutor sau refuză să meargă acasă;
- în toate cazurile în care serviciul social constată că situația copilului necesită intervenție de urgență.

1.2 Contextul social al evaluării specifice protecției copilului

Persoanele care evaluează cazurile de maltratare a copiilor dau tonul pentru toți profesioniștii care se vor angaja în continuare în munca pentru bunăstarea copilului. Pe lângă scopul de a aduna informații pentru a putea confirma sau infirma dacă un copil a suferit sau nu rele tratamente, tot așa de importantă este și indicarea unui răspuns legal și terapeutic adecvat. Specificul contextului social al situațiilor de evaluare în sfera maltratării copilului este determinat tocmai de această îmbinare a *punctului de vedere juridic cu cel terapeutic*.

De aceea, evaluatorii din cadrul serviciilor sociale autorizate de protecție a copilului au două roluri fundamentale, greu de împăcat unul cu celălalt: pe de o parte, ei reprezintă "autoritatea ce protejează", care pune întrebări adesea dificile pentru părinți sau celelalte persoane care îngrijesc copilul,

care documentează situația abuzivă și care raportează comportamentele considerate inacceptabile în raport cu cele prescrise de lege; pe de altă parte, aceste servicii, fiind în cunoștință de nevoia intrinsecă a copilului de a crește în propria sa familie, au de asemenea rolul de a contribui la menținerea familiei. Dacă atitudinea care derivă din primul rol este scoaterea copilului din mediul care îi poate periclita dezvoltarea sau viața, din cel de-al doilea rol rezultă primordial misiunea de a oferi ajutor familiei în efortul ei de a-și schimba atitudinea față de copil, de a încuraja înțelegerea reciprocă a membrilor familiei, de a contribui la reducerea factorilor de stres și de a fi alături de familiile care reușesc să-și depășească momentele de tensiune.

Pentru a pune capăt maltratării, ambele puncte de vedere sunt importante. Îmbinarea acestora poate fundamenta formarea unei relații de cooperare între persoana care conduce evaluarea și cea care este subiectul acesteia. Această îmbinare poate fi facilitată dacă profesionistul recunoaște caracterul dual al muncii sale și este dispus să reducă efectele ei printr-un stil de comunicare inofensiv, calm, răbdător, clar, ușor de înțeles pentru persoana chestionată și lipsit de secrete. Totodată, profesionistul trebuie să fie și să rămână conștient de puterea pe care i-o dă legea aplicată în interesul copilului.

În toate cazurile de maltratare a copilului, serviciile sociale trebuie să conducă interviuri de tip diagnostic, față în față cu toți membrii familiei. Prima intervievare a copilului (a copiilor) trebuie să aibă loc imediat, cel mai bine în ziua primirii sesizării. Periodizarea interviurilor cu membrii familiei sau alte persoane direct implicate în relele tratamente aplicate copilului trebuie să fie astfel făcută încât să reducă la minim expunerea pe viitor a copilului la un astfel de risc.

Evaluarea în cazurile de maltratare a copiilor nu este o fază care poate fi izolată de ansamblul procesului de intervenție. În orice moment al primului contact sau al evaluărilor ulterioare, evaluatorul trebuie să fie pregătit să dezvolte un plan pentru asigurarea securității copilului. Acesta va funcționa cu atât mai bine cu cât profesionistul reușește în mai mare măsură să implice membrii familiei în elaborarea planului și să obțină înlăturarea din preajma copilului a persoanelor care au creat situația de risc.

După Hansen, Sedlar și Warner-Rogers (1999), caracteristicile evaluării cazurilor de maltratare a copiilor, care îi sporesc dificultatea, sunt:

- participarea clientului (copil sau adult investigat) poate să nu fie benevolă;
- situația efectivă de maltratare de obicei nu poate fi direct observată;
- populația investigată este extrem de diversă ca vârstă, etnie, experiență de viață, grad de școlarizare și de cultură;

Pregătirea pentru intervievarea unui copil raportat ca suferind rele tratamente, respectiv a membrilor familiei acestuia sau a celor care îl

îngrijesc, este extrem de importantă, deoarece acceptarea unei investigații din partea unor foruri investite cu putere este întotdeauna dificilă.

Pentru a putea înțelege anumite elemente din ansamblul de sentimente ale părinților evaluați, care pot interfera cu obținerea unor informații clare și sincere, faceți o paralelă între situațiile relatate în întrebările de mai jos și cele dintr-o activitate de protecție a copilului. Descoperirea unor relații între cele două tipuri de situații poate să vă ajute să înțelegeți condițiile care înlesnesc cel mai mult obținerea unor informații relevante în procesul de investigație și care permit luarea unor decizii privind siguranța copilului. Deci, vă propunem să reflectați la propriile voastre reacții în situația în care vi s-ar pune următoarele întrebări (cu elemente întâlnite în investigațiile de rutină din protecția copiilor):

- *Cât de bine trebuie să cunoașteți pe cineva înainte de a-i relata informații privind situația Dvs. financiară sau modul în care vă cheltuiți banii?*
- *V-ar plăcea ca o persoană străină să se uite în frigiderul sau în dulapurile Dvs., ca să vadă ce mâncare sau băutură aveți acasă?*
- *V-ar plăcea ca o persoană pe care nu o cunoașteți să pună copilului Dvs. întrebări despre relațiile din familia Dvs.?*
- *V-ar plăcea să știți că cineva vorbește cu vecinii despre membrii familiei Dvs.?*
- *Cum vi se pare când cineva, care nu cunoaște bine limba Dvs. maternă, vă pune întrebări?*
- *Cum ați reacționa dacă vi s-ar spune că cineva v-a maltratat copilul?*
- *Cum ați reacționa dacă cineva v-ar chestiona despre obiceiurile Dvs. sexuale?*
- *V-ar plăcea să vi se spună că urmează să fiți supravegheat o perioadă nedefinită?*
- *Cum vi s-ar părea să vă spună cineva să alegeți între copilul și partenerul Dvs.?*
- *Cum vi s-ar părea dacă v-ar spune copilul Dvs. că sunteți un părinte rău?*
- *Cum vi s-ar părea dacă un străin v-ar spune că copilul Dvs. trebuie să rămână pentru o perioadă nedefinită în afara familiei, până când situația legată de maltratarea lui va fi lămurită?*
- *Cum vi s-ar părea dacă un străin ar lua notițe sau ar înregistra audio sau video discuția cu Dvs. și v-ar spune că există un dosar pe care nu-l puteți vedea?*
- *V-ar plăcea ca un străin să vină în casa Dvs. și să înceapă să le spună copiilor Dvs. ce să facă?*
- *V-ar plăcea ca cineva străin să vă ducă la medic copilul ?*
- *V-ar plăcea ca cineva care nu vă cunoaște să vă spună că trebuie să mergeți la un consult psihiatric?*

Neglijarea înțelegerii sentimentelor copiilor și ale adulților în situații de protecție a copilului poate amplifica obstacolele întâlnite în calea evaluării situațiilor de maltratare. Grija pentru stabilirea unei relații deschise cu cei evaluați, lipsa de prejudecăți a profesionistului, tactul, calmul, interesul

sincer pentru binele copilului, respectul pentru interlocutor, răbdarea în ascultarea răspunsurilor acestuia poate conduce la o mai corectă reflectare a severității riscului de maltratare și la evitarea subraportării sau a supraraportării situațiilor.

După cum arată Killén (1997), succesul intervenției este dependent de relația noastră cu agenții mediului familial al copilului și de ipotezele pe care le formulează asistentul social în privința dinamicii ascunse, aflate în spatele relelor tratamente. Sarcina stabilirii unei bune relații cu părinții care își supun copiii unor pedepse grave sau neglijării este însă dificilă și contradictorie pentru asistentul social care are ca interes prioritar bunăstarea copilului. "Atâta timp cât copilul nu este în pericol acut, este important să încercăm să stabilim și să menținem o relație în care părinții să se simtă suficient de siguri, încât să poată vorbi despre copil, despre ei înșiși și despre situația lor. Aceasta înseamnă ca ei să se simtă în siguranță... în perioada în care sunt investigați (Killén, 1997)". Evaluarea presupune, încă de la primii pași, încercarea de a coopera cu familia, pentru ca relația astfel constituită, cu ocazia primelor întâlniri, să poată reprezenta o bază pentru intervenția ulterioară.

La întrebarea privind cerințele formării unui bun profesionist în evaluarea cazurilor de maltratare a copiilor, Daly (1991, p. 6) listează următoarele caracteristici ale unui evaluator bine format:

- își fixează scopuri bine definite și stabilește pașii prioritari;
- prelucrează creativ reperele pe care le are, în funcție de datele de conținut ale problemei și de contextul ei familial; integrează aceste repere în ipoteze;
- elaborează mai multe ipoteze pe care le testează în funcție de datele și condițiile concrete ale situației;
- în căutarea datelor faptice merge dinspre general spre specific;
- este flexibil și creativ în formularea întrebărilor, fiind dispus să schimbe direcția analizei și să se adapteze necesităților cazului;
- este dispus să lucreze în colaborare cu alți profesioniști fără să fie preocupat de cum îi vor fi primite rezultatele și dorința de a coopera;
- își asumă responsabilități pentru soarta cazului evaluat;
- nu zăbovește să caute, să cerceteze și să pună întrebări;
- cunoaște relațiile private, publice și profesionale ale martorilor;
- reconstruiește biografia martorilor, inclusiv obiceiurile acestora;
- evaluează punctele slabe și cele tari ale tuturor martorilor;
- este capabil să separe faptele de conjunctura în care ele apar, fiind capabil să ia în considerare starea mentală a martorului, punctul lui de vedere, slăbiciunile, principiile și motivația sa;
- se redresează în urma unor greșeli, inevitabile pe parcursul evaluării, și găsește noi direcții;
- finalizează cazul, prezentând concluziile clienților și colegilor săi care

îl preiau, în așa fel încât să lase loc unor noi întrebări și ipoteze, care să necesite continuarea investigației.

La aceste cerințe putem adăuga că profesionistul care conduce o evaluare în domeniul violenței împotriva copilului trebuie să fie extrem de sistematic și de precis în adunarea, evaluarea, verificarea și notarea datelor. De asemenea, el va trebui să posede un extrem de bun control al propriilor reacții emoționale și o bună capacitate de ascultare empatică, pentru a putea oferi confort victimelor pe parcursul ascultării mărturiilor lor.

1.3 Principiile evaluării

Evaluarea detaliată a situației de către un profesionist responsabil pentru situația copilului are ca rezultat completarea unui material informativ care va însoți copilul de-a lungul evoluției sale în cadrul sistemului de protecție a copilului. Informațiile vor fi adunate cu ocazia unor întâlniri repetate cu copilul însuși și cu membrii familiei sale (Ionescu, Popa, Forestier, 1997). Rezultatele evaluării vor servi autorității (Comisia pentru Protecția Copilului) în luarea unei decizii bine documentate, în vederea stabilirii celei mai adecvate forme de ocrotire pentru copil. Însoțind copilul, informațiile culese vor servi totodată profesioniștilor care intervin ulterior în viața acestuia.

După Ionescu, Popa, Forestier (1997), principiile generale ale evaluării situației copilului sunt următoarele:

- Informațiile conținute în evaluarea situației copilului sunt confidențiale și trebuie tratate ca atare.
- Evaluarea este un proces care se desfășoară într-o perioadă dată de timp, în consecință ea nu are un caracter definitiv. Situația copilului aflat la un moment dat în dificultate trebuie evaluată în mod periodic.
- Evaluarea privește ansamblul nevoilor copilului. Nevoile sale fizice, cele privind sănătatea sa, respectiv nevoile sociale de afecțiune, de respect, de educație etc. trebuie privite întotdeauna din punctul de vedere al nivelului de dezvoltare a copilului și a perspectivelor sale de progres.
- Evaluarea este un proces complex, în care pot fi implicați diverși specialiști, în funcție de specificul situației în care se găsește copilul, precum și de nevoile sale.
- Evaluarea impune utilizarea unui limbaj clar, a unor termeni precis definiți, pentru ca ea să servească de suport persoanelor care însoțesc copilul în traseul său evolutiv.
- În procesul evaluării, se acordă o atenție specială analizei familiei copilului, nevoilor acesteia, în vederea transformării ei într-un mediu favorabil dezvoltării copilului.

După Fantuzzo, Mcdermott și Lutz (1998, p. 11), practica evaluării trebuie să respecte criterii care derivă din înțelegerea științifică a

fenomenului de maltratare a copiilor. Astfel, analiza factorilor implicați în situațiile concrete de violență va avea la bază principiul multifactorialității, multidimensionalității și normativității.

Multifactorialitatea se referă la creșterea efectului fenomenului de maltratare prin expunerea simultană la factori multipli de risc. Numărul factorilor contextuali de risc este un mai bun predictor al unor fenomene negative decât tipologia acestor factori. Aceasta înseamnă că gravitatea fenomenelor de abuz va trebui cântărită în funcție de varietatea factorilor patogeni pe care un copil trebuie să îi înfrunte, din care violența fizică, psihică sau sexuală poate fi doar un aspect. Conform datelor unui vast studiu național privind incidența abuzului în SUA (Sedlak, Broadhurst, 1996), atât incidența cât și severitatea maltratării sunt mai accentuate în familiile cu mulți copii, care trăiesc în condiții de sărăcie și în cazul părinților singuri, adică în familiile cu factori stresori multipli. Din aceste cercetări, practicianul va trebui să conchidă asupra importanței evaluării unor factori adiționali de risc și compensatori față de cei implicați direct în situația de maltratare.

Multidimensionalitatea se opune modelelor tradiționale de evaluare a gradului de adaptare și dezvoltare a copilului pe baza unor dimensiuni unice, izolate. Multidimensionalitatea evaluării se referă la importanța evaluării aspectelor și consecințelor fenomenelor de maltratare de-a lungul unor dimensiuni calitative și cantitative ale dezvoltării cognitive, fizice, socio-emoționale, educaționale a copilului. Această perspectivă integratoare va spori capacitatea practicianului de a distinge între situațiile abuzive situaționale, fără efecte prelungite asupra dezvoltării copilului și cele de durată lungă, cu efecte persistente.

Normativitatea evaluării în protecția copilului face posibilă raportarea situațiilor individuale la normele populaționale. Pentru a putea evalua patologia fenomenelor de abuz și a consecințelor lor asupra dezvoltării psihice și fizice a copiilor, va trebui să putem aprecia relevanța simptomelor remarcate, normalitatea sau anormalitatea lor (Fantuzzo, Mcdermott și Lutz, 1998).

În mod contrar ideii normativității, prezentând punctul de vedere al relativității oricărei forme de diagnostic, Coale (1998) adoptă *poziția constructivistă*, după care adevărul percepțiilor și al observațiilor privind experiențele umane complexe, cum sunt situațiile de maltratare a copiilor, poartă pecetea celui care a "construit" acele aprecieri. "Aceasta înseamnă că etichetele și categoriile de diagnostic ne spun mai multe despre profesionistul care le folosește, decât despre entitatea denumită" (Coale, p. 112). Spre exemplu, expresiile de familii "problemă" sau "rezistente" pot fi descrieri adecvate ale experienței profesionistului cu un client, dar pot să nu corespundă experienței clientului însuși. Un copil poate refuza la un moment dat participarea într-un interviu și, ca atare, să fie văzut de operatorul de interviu ca fiind opozant, necooperant. Dacă cel care conduce interviul consideră că atitudinea copilului poate fi înțeleasă, fiind o

reacție normală în situația dată, el va putea să arate înțelegere, acceptare și să ofere sprijin copilului, evitând categorizarea de "necooperant". În astfel de condiții, neparticiparea copilului se va transforma în dorința de a fi acceptat și de a primi ajutor, fără ca el, copilul, să fie cel care își condamnă proprii părinți. Concluzia acestui punct de vedere constructivist este că maltratarea este un construct social (Wattam, 1996), iar rezistențele în fața evaluării și a intervenției sunt cu atât mai scăzute cu cât profesionistul accede mai adânc în ansamblul multidimensional și multifactorial al caracteristicilor sistemului client. Furia, care se manifestă adesea la copiii maltratați, poate fi înțeleasă cu mai multe sau mai puține conotații pozitive sau negative, într-un larg evantai de sentimente umane, ca agresivitatea sau frica, frustrarea sau pasiunea, desprinderea emoțională sau loialitatea. Percepții diferite pot fi urmate de intervenții diferite, mai mult sau mai puțin agreate de clienți.

În situațiile de maltratare a copiilor, *principiul respectării confidențialității* depășește nivelul de acord deontologic mutual, el fiind reglementat legal, ca necesitate a desfășurării procedeelor de evaluare și ca drept la intimitate al copilului și al celorlalte persoane implicate. Legislația modernă a protecției copilului (inclusiv legislația românească din 1997) prevede dreptul și obligația profesioniștilor care primesc informații privind situații care pun în primejdie viața și dezvoltarea unui copil, ca acestea să fie transmise forurilor competente în vederea protejării copiilor. Profesioniștii nu au dreptul de a ține în secret informații privind maltratarea copilului nici chiar în condițiile în care copilul însuși sau o persoană care dorește să îi ofere acestuia sprijin solicită păstrarea secretului. În afara obligativității raportării către forurile legale, principiul confidențialității trebuie respectat în cea mai mare măsură pentru a nu se prejudicia interesele copilului și ale adulților implicați în acea situație (putem recomanda evitarea transformării abuzurilor comise împotriva copilului în știri de senzație, fără protejarea victimei sau prezentarea adecvată a situației, în toată complexitatea ei). Dacă în cazul unor evaluări participă studenți sau alte persoane fără mandat legal (o astfel de participare are de obicei un scop didactic), atunci aceste persoane vor fi instruite în privința păstrării confidențialității informației și vor semna un protocol în acest sens.

Un *obstacol* care duce la îngreunarea evaluării experiențelor traumatice provine din dificultățile dezvăluirii abuzurilor atât de către copii, cât și de adulți. O cauză posibilă este specificul memoriei corespunzătoare unor astfel de experiențe. Multe persoane care au trăit astfel de situații prezintă amnezii parțiale sau totale ale evenimentelor traumatice. Din această cauză, de exemplu, investigațiile curente ale pacienților psihiatrici detectează doar o mică parte din experiențele traumatice care conduc la simptome psihiatrice. Carlson (1997) citează un studiu efectuat de Jacobson, Koehler și Jones-Brown în 1987, în care pacienților psihiatrici li s-au luat interviuri profunde în vederea depistării unor abuzuri sexuale suferite în copilărie

sau în viața adultă. Ca urmare a relatărilor obținute, s-a constatat că 91% din abuzurile sexuale suferite nu figuraseră în documentația cazurilor. Mai mult, într-o cercetare efectuată de Williams (1994), a rezultat că 38% din femeile care au fost spitalizate cu 17 ani în urmă pentru abuzuri sexuale nu au dezvăluit nimic despre acele abuzuri, cu ocazia unui interviu, în ciuda faptului că li s-au adresat întrebări detaliate privind experiențele lor de agresiune sexuală. Dintre cele care au menționat experiența de abuz sexual pentru care au fost internate, 16% au susținut că nu au amintiri despre eveniment, că la puțin timp după acel eveniment au devenit amnezice. Într-un studiu realizat la nivel național în SUA, 42% dintre cei cu experiențe de abuz sexual au declarat că au suferit de amnezie parțială legată de acele evenimente, iar 20% raportează amnezie totală (Eliott, Briere, 1995). Carlson a găsit și el rate ridicate de amnezie a evenimentului traumatic, 61% din victime manifestând un anumit grad de amnezie față de experiențele de abuz sexual, iar 42% din subiecți au indicat amnezie totală. Aceasta înseamnă că o parte semnificativă a copiilor sau a persoanelor adulte care trăiesc experiențe traumatice vor avea serioase greutăți în a da informații foarte exacte cu privire la circumstanțele în care au avut loc evenimentele îndurate de ele.

2. PROCESUL ȘI METODELE EVALUĂRII

Ajutorul oferit copiilor care suferă în urma relelor tratamente poate porni din momentul sesizării fenomenului către profesioniști și serviciile specializate în protecția copilului și poate traversa mai multe etape intermediare, care alcătuiesc împreună procesul complex al evaluării. Orice sesizare trebuie să fie urmată de o evaluare, care, într-o primă fază, este sumară și are ca scop identificarea acelor cazuri care vor beneficia de o evaluare aprofundată. În aceste din urmă cazuri, se vor lua de urgență măsuri pentru protejarea copilului. Apoi, se vor stabili persoanele care urmează să fie contactate pentru informare, precum și serviciile selectate pentru colaborare. Dificultatea îmbinării aspectelor legale și ale celor terapeutice ale evaluării în protecția copilului complică, de asemenea, procesualitatea și metodologia sa. Pe lângă analiza situației prezente, trebuie să fie evaluată și istoria cazului, pentru a putea identifica problemele care au condus la abuz și neglijare. Desigur, întregul proces are în vedere viitorul copilului.

2.1 Metode și domenii de adunare a informațiilor

Informațiile privind situațiile de maltratare vor fi obținute prin adresare directă sau observarea copilului, a persoanelor implicate în relații abuzive cu copilul și a acelora care-l au în grijă.

Observarea se referă la urmărirea receptivității părintelui la nevoile copilului, a disponibilității de a-i răspunde, la exprimarea atenției față de el, la dovedirea unei atitudini afectuoase, calde sau, dimpotrivă, a uneia reci, distante și eventual amenințătoare. La acestea se pot adăuga informații privind tonul și exprimarea facială în cadrul comunicării, precum și atitudinile gestuale și corporale manifestate de părinte/persoana de îngrijire, respectiv de răspunsurile copilului la toate aceste manifestări neverbale.

Intervievarea va avea ca scop aprofundarea datelor privind situația copilului și a familiei lui, sondarea modului în care se percep persoanele intervievate, compararea diverselor modalități de percepție a situației, confruntarea unor informații, înregistrarea atitudinilor și sentimentelor celor intervievați față de obiectul evaluării.

Datele obținute prin intervievare și observare directă vor fi completate cu ajutorul unor *fișe standardizate, teste și examinări de specialitate* (psihologice, medicale etc.).

Prin observare se vor obține date despre:
- *contactele membrilor familiei cu prieteni, vecini, rude și frecvența acestor contacte,*
- *cine ajută părinții în îngrijirea și supravegherea copiilor (ce ajutor anume primesc părinții);*
- *cât de izolată este locuința;*
- *condițiile de igienă din familie;*
- *aspecte care țin de sănătatea membrilor familiei (paloarea feței, greutatea corporală, starea pielii, statura etc.);*
- *hrana familiei, condițiile ei de preparare și păstrare;*
- *cât timp petrece părintele în familie;*
- *dacă și cum se marchează sărbătorile și zilele aniversare din familie;*
- *ce datorii are familia;*
- *cu cine și unde se joacă copiii;*
- *modul în care se îmbracă membrii familiei;*
- *gradul de întreținere a locuinței;*
- *ce mijloace de locomoție are familia;*
- *accesul familiei la telefon, îngrijire medicală, școală, servicii de ajutor, cumpărături.*

Intervievarea în cazurile de evaluare a relelor tratamente se adresează fie părinților sau persoanelor care îl îngrijesc, fie copiilor, fie eventualilor martori la situația de maltratare. Interviurile pot fi definite printr-un scop, o structură, o direcție și un reper asupra căruia se centrează (Hepworth, Larsen, 1986, p. 35).

În urma *intervievării părinților* (a persoanelor care îngrijesc copilul), profesioniștii doresc să obțină răspunsuri care se referă la:

- *atitudinile copiilor față de părinți sau persoanele presupuse că ar maltrata copilul;*
- *așteptările părinților de la copiii lor;*
- *problemele părinților în relațiile lor cu copiii, sau cu alți membrii ai familiei;*
- *problemele părinților din afara familiei;*
- *problemele de sănătate ale membrilor familiei;*
- *modalitățile la care ei recurg pentru a face față problemelor;*
- *relațiile cu prietenii, rudele, locul unde se află acestea; frecvența și durata contactelor cu ei;*
- *pe cine se bazează familia când are nevoie de ajutor, în mod special în situații de urgență;*
- *în cine au încredere părinții;*
- *care sunt sursele majore de stres;*
- *care sunt sursele de bucurie, de distracție;*
- *relațiile cu alți profesioniști;*
- *obiceiurile zilnice;*
- *regulile din familie, în special cele privind comportamentul copiilor;*
- *care sunt metodele folosite pentru a-i face pe copii să respecte regulile (modalitățile prin care sunt pedepsiți copiii).*

Fiecare din elementele evaluate vor fi analizate din perspectiva influențelor asupra situației copilului aflat în centrul atenției. De exemplu, în evaluarea situației juridice a copilului (recomandată de manualul propus lucrătorilor din DPC de către Ionescu, Popa, Forestier, 1997), vom porni de la starea de fapt a familiei copilului, de la datele privind părinții și situația lor maritală, dar toate acestea vor fi urmărite din perspectiva celor implicați în relațiile vizate. Divorțul părinților, statutul legal de necăsătorit sau situația părinților de a fi reprezentanți legali ai copilului au valoare diagnostică în privința relelor tratamente numai dacă sunt priviți ca factori aflați într-o relație concretă față de copil, care se manifestă prin susținerea, neglijarea sau chiar abuzarea acestuia din urmă.

Orice formă ar lua evaluarea adultului implicat în suspiciunea de rele tratamente împotriva unui copil, ea trebuie să se încheie prin rezumarea informațiilor dobândite și propunerea unor soluții și recomandări în favoarea copilului. Sinteza informațiilor se va referi la categoriile de diagnostic utilizate în protecția copilului: abuz și vătămare fizică, sexuală sau emoțională, neglijare fizică, educațională, morală sau emoțională, exploatarea copilului, expunerea copilului la violență fizică sau psihică.

Cerințele Direcției pentru Protecția Copilului (DPC) privind dosarul copilului aflat în dificultate orientează analiza spre următoarele elemente:

1. Înregistrarea sesizării sau a cererii de protecție a minorului. Documentul va cuprinde informații privind persoana care a făcut sesizarea, motivarea solicitării și cât mai multe date privind copilul.

2. Evaluarea detaliată a situației copilului. Aceasta este rezultatul analizelor efectuate de profesioniștii Direcțiilor pentru Protecția Copilului (DPC) și cuprinde următoarele tipuri de date referitoare la copil:

- situația juridică;
- date privind mediul de viață, situația sa familială;
- date privind starea de sănătate;
- date privind educația și evoluția școlară;
- elemente pentru înțelegerea personalității.

3. Sinteza informațiilor cuprinse în capitolele precedente și recomandări.

4. Decizia privind măsura de protecție adoptată.

5. Extrasul informațiilor care vor fi reținute pentru introducerea în baza de date computerizate.

La acestea, trebuie adăugat *diagnosticul de ordin medical*, care cuprinde elementele clinice evocatoare de maltratare a copilului (după Manciaux *și colab.*, 1997):

- *Leziunile traumatice, semne ale violenței fizice (suprafețe înroșite, echimoze, hematoame, leziuni și ulcerații ale pielii, fracturi, chiar repetate, ale claviculei, ale coastelor, ale membrelor; pișcături, mușcături, leziuni interne, arsuri pe diferite părți ale corpului etc.);*
- *Semne ale violenței sexuale (leziuni ale organelor genitale, semne clinice ale penetrării, infecții, existența unor corpuri străine în vagin sau în rect, urme de spermă sau de sânge pe îmbrăcăminte);*
- *Semne clinice ale neglijării fizice (înfometare generală, hipotrofie staturo-ponderală), neglijarea igienei corporale;*
- *Frecvente spitalizări anterioare, cu etiologie nedeterminată;*
- *Antecedente de natură similară ca, de exemplu, fracturi repetate ale membrelor sau ale capului.*

Diagnosticul medical al sindromului de copil bătut, de copil neglijat fizic și medical sau de copil supus unor abuzuri sexuale este adesea dificil, necesitând o atentă analiză, deoarece multe dintre semnele clinice menționate pot fi cauzate de traumatisme accidentale sau de boli cu o determinare organică. De aceea, medicul trebuie să caute criterii diagnostice diferențiale care să îi permită să excludă cauzele organice sau accidentale ale simptomelor constatate. Acestea sunt adunate prin examinarea fizică, prin analizele de laborator sau radiologice ale copilului. Pentru diagnosticul diferențial sunt relevante semne ca forma și locul leziunilor sau al arsurilor, care pot exclude eventualitatea accidentelor: un sugar nu se poate arde pe o arie limitată la mărimea unei țigări, pe fese sau pe burtă, iar un copil nu își poate provoca prin cădere leziuni sub formă unor dungi de mărimea

unei curele sau a unui cablu de telefon pe coapse și pe spate. De o deosebită importanță pentru diagnosticul diferențial este istoria medicală a copilului, mai ales leziunile sau simptomele similare anterior semnalate. *Certificatul medical* va trebui redactat în termeni clari, care să argumenteze diagnosticul de rele tratamente și, dacă este cazul, să menționeze antecedentele care susțin concluziile medicului (de exemplu, existența unor urme de fracturi, leziuni interne sau externe similare). Pentru ca examinarea medicală să nu fie traumatică (mai ales în cazurile de abuz sexual), ea trebuie explicată copilului.

Diagnosticul medical are o deosebită semnificație în evaluarea relelor tratamente, dar, pentru înțelegerea situației de maltratare, el trebuie completat cu date obiective și subiective privind copilul, părinții lui și celelalte componente ale sistemului din care face parte copilul.

Pentru a veni în spijinul profesioniștilor din domeniul protecției copiilor, dăm în continuare câteva *repere pentru evaluarea prin intervievare* în situații de maltratare (după manualul recomandat de către Department of Health din Marea Britanie, 1988):

a) Cu ocazia reținerii sesizării (venite din partea copilului însuși sau a unei alte persoane), se vor nota exact toate datele oferite, mai ales cele care indică suspiciunea unui abuz fizic, emoțional sau sexual împotriva copilului, expunerea sa la violență domestică sau neglijarea sa. Persoanei care depune sesizarea i se vor cere exemple privind informațiile prezentate ("puteți să ne dați un exemplu privind ceea ce ați văzut?"). De asemenea, de la această persoană care a făcut sesizarea ne vom interesa în legătură cu soluțiile pe care le întrevede pentru rezolvarea situației și despre eventualele încercări anterioare de soluționare.

b) În ideea unei evaluări complexe, întrebările vor fi adresate în etape: evaluarea inițială va fi urmată de cea detaliată ("comprehensive assessment").

Evaluarea inițială va cuprinde:

- *descrierea tipului de maltratare care constituie motivul îngrijorării pentru serviciul de protecție a copilului;*
- *aprecierea gradului de vulnerabilitate a copilului (în funcție de vârstă și gradul său de maturitate);*
- *informațiile despre persoana care presupunem că a comis abuzul împotriva copilului;*
- *informații despre istoria de viață a părinților și atitudinea lor actuală privind copilul.*

Încă din această fază, profesionistul se poate confrunta cu propriile reacții emoționale, care sunt adesea foarte puternice în urma constatării unui abuz. De aceea, se recomandă ca – încă din această fază de început -

asistentul social să-și pună în aplicare bunele deprinderi de intervievare: să fie un bun ascultător, să rămână calm, dar vigilent și să nu tragă concluzii pripite. În acest stadiu de început nu este nevoie de – mai mult, nu e recomandabilă - confruntarea părinților, ci se va merge în direcția menținerii unei atitudini neutre, de nejudecare a situației, atitudine caracterizată mai mult de încercarea de a fi empatici și de a înțelege circumstanțele care au condus la supoziția de rele tratamente.

După cum reiese din cele relatate, în evaluarea situațiilor de maltratare se ia în considerare un ansamblu de date din domenii extrem de diverse ale vieții sociale, care, după Caye și Huffman (1999), pot fi grupate în: activitatea de zi cu zi a membrilor familiei, mediul în care trăiesc, sănătatea fizică și psihică, situația materială și suportul social.

Ca urmare a evaluării se va întocmi documentația, care va conține:
- date provenind din prima sesizare;
- informații despre copil;
- informații despre mediul de viață al copilului;
- informații care conțin mărturii privind abuzul;
- date anterioare sesizării care au semnificație pentru situația actuală (de exemplu, sesizări, solicitări de ajutor sau intervenții anterioare);
- date privind comportamentul și situația actuală a copilului;
- date privind dezvoltarea copilului;
- informații despre presupusul făptuitor al relelor tratamente îndreptate împotriva copilului;
- rezultatele examinărilor medicale și psihologice, fișele completate, fotografiile, înregistrările video sau audio ale interviurilor;
- notițele, remarcile, interpretările celui care a condus evaluarea, precum și ale tuturor profesioniștilor implicați.

2.2 Evaluarea copiilor

Intervievarea copiilor în cazuri de maltratare

Pentru a putea depăși unele din dificultățile evaluării care ar putea proveni din centrarea atenției profesioniștilor numai asupra adulților implicați în cazuri de maltratare, cei specializați în protecția copilului nu pot ocoli culegerea de informații din perspectiva copilului, în privința tratamentului la care este el supus. În cazul copiilor care au suferit traume, care au fost supuși unor forme mai mult sau mai puțin grave de abuz, interviul va trebui să aibă întotdeauna o funcție terapeutică.

Dintre caracteristicile cele mai importante, necesare în cazul intervievării copilului, amintim flexibilitatea și dinamismul, caracteristici care se vor repercuta și asupra evaluărilor pe care le obținem prin intervievare, respectiv

asupra diagnosticului. Acesta nu se va limita la încadrarea copilului într-una din categoriile psihologice sau juridice existente, ci va reflecta dinamica procesului de cunoaștere din ce în ce mai profundă a cazului de către profesionistul aflat în relație cu copilul.

Scopul intervievării este, de obicei, relevarea cât mai multor date privind evenimentele din viața copilului. Practicienii (asistenți sociali, psihologi, educatori) sunt de obicei foarte interesați să afle date obiective, care devin esențiale, dar nu suficiente pentru explicarea abuzului comis asupra copilului.

Elementele subiective ale interviului, care provin din relatările privind trăirea copilului în raport cu situația sa, sunt și ele repere importante pentru stabilirea unui diagnostic. Acestea se referă la experiențele sale personale privind propriile resurse și deficiențe, punctul său de vedere asupra relațiilor cu membrii familiei și cu celelalte persoane importante pentru el, asupra relației sale cu școala. Ele completează informațiile oferite de aparținători și cele rezultate din teste și chestionare, care reprezintă de fapt cadrul de date concrete ale problemei aflate în centrul activității de diagnostic.

Ca metodologie, etapele unui interviu (vezi și Roth, 1999) variază în funcție de scopul urmărit. Dacă întrebările nu servesc doar scopul documentării cazului, ci vizează construirea unei relații pe termen mai lung, eventual acordarea unui sprijin copilului, atunci etapele interviului pot fi rezumate astfel:

1. *Pregătirea interviului*
2. *Stabilirea contactului*
3. *Cunoașterea caracteristicilor copilului*
4. *Explorarea problemei și a contextului ei*
5. *Însumarea celor exprimate*
6. *Formularea diagnosticului multidimensional*
7. *Oferirea de sprijin și negocierea continuării relației cu copilul*

1. Pregătirea interviului

Dacă s-a dat curs sesizării privind supunerea unui copil la rele tratamente, atunci primele planuri ale forurilor de protecție a copilului vor privi plasarea copilului în siguranță. Planificarea va avansa în sensul pregătirii interviului cu acel copil. Pornind de la cele recomandate de Burns și Young (1996, p.158) obiectivele acestei etape vizează:

- consultarea de către specialist a documentelor privind cazul;
- în situațiile în care specialistul presupune încălcarea codului penal, va fi consultat un reprezentant al poliției și/sau procuraturii;
- planificarea modului în care se vor comunica familiei și copilului condițiile și consecințele interviului, precum și implicarea viitoare într-o eventuală terapie;
- informarea părinților privind dreptul lor la consultanță psihologică și juridică;

- evaluarea implicațiilor care derivă din specificul cultural al familiei din care provine copilul;
- contactarea unor persoane care pot da informații pertinente despre specificul cultural al mediului de proveniență al copilului;
- dacă este nevoie, asigurarea unui traducător;
- luarea unor decizii privind conținutul interviului.

2. Stabilirea contactului

Orice tip de relație de ajutor debutează printr-o fază introductivă, de prezentare reciprocă. Este de fapt o perioadă de încălzire, în care specialistul și copilul au nevoie de timp pentru a se acomoda unul cu altul. Profesionistul se poate prezenta ca o persoană a cărei meserie este să stea de vorbă și să ajute pe acei copii care, în anumite perioade ale vieții lor, trec prin experiențe dificile. Se vor da copilului informații pregătitoare, în primul rând pentru a-i prezenta scopul interviului. În această perioadă introductivă se va ține seama de factorii culturali și de factorii de vârstă care vor permite adultului o primă descifrare a modului de gândire și de înțelegere al copilului. Deosebit de important este ca practicianul să nu piardă din vedere factorii neverbali; să țină seama de tempoul copilului, să nu-l grăbească; să respecte copilul ca pe orice alt client; să arate respect față de suferința copilului. În cazurile în care evaluarea poate avea urmări juridice, copilului trebuie să i se explice în mod clar consecințele posibile care îl privesc pe el și pe făptuitorii abuzului. Dacă interviul este înregistrat pe bandă magnetică sau video, acest lucru trebuie adus la cunoștința copilului și a aparținătorului care îi reprezintă interesele.

Cel care conduce interviul va spune că meseria sa este de a înțelege "ce s-a întâmplat cu adevărat cu un copil care a trecut prin experiențe despre care îi este greu să vorbească" și de a-l ajuta să găsească sprijin. Destăinuirea unui abuz este înlesnită dacă cel care conduce interviul îl asigură pe copil că se află în siguranță și că poate să spună adevărul, așa cum îl cunoaște el și va fi crezut. O etapă importantă este aceea prin care copilului i se explică noțiunea de adevăr privind experiențele de viață: "vreau să înțeleg adevărul despre ceea ce s-a întâmplat cu tine, de aceea te voi ruga să îmi povestești ce s-a întâmplat cât poți mai exact". Copilului i se va atrage atenția că nu e nevoie să răspundă la întrebările pe care eventual nu le înțelege sau să povestească despre lucruri pe care nu și le amintește. Pentru a-l ajuta pe copil să înțeleagă diferența între conceptele de adevăr, fals și necunoscut, copilului i se pun întrebări neutre, la care va putea răspunde calificând anumite afirmații ca fiind adevărate, false sau necunoscute de el.

3. Cunoașterea caracteristicilor copilului

În această concepție, interviul condus de specialiști nu este un ansamblu de întrebări bine ticluite care țintesc investigarea sau anchetarea fenomenului, ci, mai degrabă, un ansamblu de tehnici de ascultare a copilului,

însoțite de îndemnuri care să-i stimuleze exprimarea. Astfel, intervievarea copilului îi va da posibilitatea celui care conduce interviul să cunoască capacitatea de exprimare a copilului, modul lui de înțelegere și de judecată. În această etapă, i se poate cere copilului să deseneze (desenul persoanei sau al familiei, de exemplu). Faza aceasta este completată cu întrebări deschise privind mediul în care trăiește copilul, întrebări care îi vor da posibilitatea să relateze despre prieteni, școală, mediul de acasă, condițiile de învățat, de dormit etc. Cel care conduce interviul nu va exprima judecăți de valoare la adresa celor spuse de copil, ci îl va asculta și încuraja să se exprime liber asupra tuturor temelor ridicate. În acest stadiu, se vor pune copilului cu prioritate întrebări deschise, pentru ca el să se știe ascultat și să-i fie validate sentimentele (Coulborne Fahler, 1999).

Totodată, în această fază, prin discuțiile sale cu copilul, profesionistul va evalua gradul de dezvoltare mintală a copilului, nivelul exprimării sale, capacitatea sa de orientare, capacitatea sa de memorare, atitudinile, nivelul de judecată, temperamentul, starea de spirit și altele (Coulborne Fahler, 1999).

Pentru a evalua calitatea mediului în care trăiește, vom ruga copilul să descrie școala (dacă este cazul), condițiile de locuit și de viață de acasă, persoanele care stau în locuință, lucrurile plăcute și cele neplăcute pe care aceștia le fac, unde și cu cine se simte copilul în siguranță, care sunt condițiile de alimentație, de dormit și cele igienice, cum este pedepsit, dacă se consumă băuturi alcoolice sau/și droguri. Dacă părinții copilului nu trăiesc împreună, acesta va fi rugat să compare cele două cămine.

4. Explorarea problemei și a contextului ei

Imperativul privind ascultarea copilului nu înseamnă că practicianul nu poate influența alegerea temelor care se vor afla în centrul atenției. El va putea dirija explorarea unor teme în adâncime, cu laturile lor subiective și obiective. Informațiile primite vor fi raportate la cunoștințele anterioare ale practicianului despre copil și problema lui. Mai mult, faza de cunoaștere și cea de explorare sunt dificil de distins, deoarece se întrepătrund.

Faza de explorare se orientează asupra relevării faptelor care fac obiectul suspiciunii de abuz. Pentru ca informațiile obținute în această fază să poată fi validate în deciziile profesionale, inclusiv în cazul proceselor, *întrebările puse vor evita toate elementele care pot influența judecata sau exprimarea copilului.*

De preferință, interviurile menite să evalueze abuzul comis împotriva copilului se desfășoară separat cu minorii intervievați și cu părinții sau cu celelalte persoane implicate (deci datele obținute de la copil și de la adulți pot fi confruntate). Totuși, în diferitele stadii ale muncii cu copilul, interviurile se pot desfășura în prezența unuia sau chiar și a ambilor părinți, dacă minorul are nevoie de suportul acestora. Va trebui însă să-i întărim

copilului ideea că, pentru noi, versiunea lui, respectiv punctul său de vedere, sunt extrem de importante.

Adesea copiii nu dezvăluie spontan un abuz, ci trebuie ajutați prin folosirea de *întrebări centrate* (Coulborn Faller, 1999). O regulă folosită de autoare este de a nu asocia atât persoana, cât și comportamentul negativ în aceeași întrebare. De aceea, se vor folosi întrebări separate pentru a aduna informații despre relațiile copilului cu diferitele persoane din anturajul său, pe de o parte, și despre comportamentul acestora care poate fi asociat cu maltratarea, pe de altă parte, ca de exemplu:

- întrebări centrate pe persoană: *Cum te înțelegi cu tatăl tău?*
- întrebări centrate pe comportament: *La tine acasă se întâmplă ca cineva să ia o bătaie serioasă? Cine ia bătaie? Cât de des? Cum? De ce? Primești și alte pedepse în afara bătăii? Rămân urme după ce ai primit bătaie?*

O altă categorie de întrebări sunt cele *circumstanțiale*, care cer copilului să descrie în propriii săi termeni evenimentele trăite sau cărora le-a fost martor, ca de exemplu: *Ce face mama ta când este foarte supărată pe tine? Ce se întâmplă când mama merge la lucru și rămâi acasă cu tatăl tău?*

Unele întrebări centrate pot porni de la *sentimentele* copilului, ca de exemplu: *Am auzit că astăzi ți-a fost foarte frică să te duci acasă. Poți să îmi spui de ce?*

Discuția deschisă despre sentimentele trăite de copil poate ajuta la depășirea unor blocaje și înlesni destăinuirea unui abuz. De exemplu, relevarea sentimentului de frică produsă de un tată violent poate fi un punct de plecare extrem de important pentru un copil care fuge în mod repetat din familie.

De-a lungul procesului de explorare va trebui să fim încontinuu atenți la reacțiile emoționale de fiecare moment ale copilului și să îl asigurăm că suntem alături de el. Reacțiile sale de supărare, rușine, control inadecvat al supărării, plâns, tăcere mai îndelungată, anxietate accentuată pot îngreuna desfășurarea interviului. Gesturile de mângâiere sau, uneori, păstrarea unor momente de tăcere, precum și răspunsurile empatice pot să-l ajute pe copil să-și recâștige controlul.

Explorarea va permite copilului să formuleze așteptările pe care le are de la procesul terapeutic, în vederea stabilirii unui scop comun privind continuarea muncii cu el.

5. Însumarea celor exprimate

În vederea continuării relației dintre practician și copil și după terminarea interviului, însumarea nu se rezumă la tragerea anumitor concluzii din cele auzite. Ea va însemna formularea unor idei cu caracter sintetic care pot servi nu numai celui care conduce evaluarea, dar și copilului însuși, pentru a-și înțelege propriile atitudini. Pentru practicianul care oferă ajutor

copilului, aceste reformulări sunt fragmente ale concluziilor sale care-i servesc la elaborarea ipotezelor de lucru.

Formularea ideilor rezumative și a ipotezelor privind diagnosticul și intervenția viitoare sunt proceduri care solicită în mare măsură capacitățile de elaborare ale practicianului.

6. Formularea diagnosticului multidimensional

Ipotezele formulate pe baza diagnosticului medical, a observării, a completării fișelor etc. au fost verificate pas cu pas pe parcursul interviului, în procesul de comunicare dintre asistat și cel care conduce interviul, proces care se va extinde la aspecte diferite ale vieții copilului: relațiile sale cu părinții, stilul lor de comunicare, competențele sociale ale copilului, performanțele sale școlare, modalitățile de a-și petrece timpul liber, interesele, mulțumirile și nemulțumirile sale. Ipotezele se vor referi deci atât la problema cunoscută de noi ca fiind centrală pentru copil, cât și la contextul său de viață socială și familială. Verificarea sau infirmarea unor ipoteze explicative pentru comportamentul copilului va conduce în final la un diagnostic multidimensional. Intervievând copilul, putem să înțelegem în detaliu relația sa cu părinții, prin prisma felului în care stilul parental este perceput de copilul intervievat (și nu numai prin prisma propriilor noastre criterii). Informații despre celelalte relații ale copilului sunt de asemenea importante. Considerăm un astfel de diagnostic orientat pe mai multe dimensiuni ca fiind deosebit de util în cazul copiilor supuși unor abuzuri, traume, boli cronice, tulburări de comportament.

În cazurile de maltratare a copiilor, nici o modalitate de evaluare nu este suficientă pentru definitivarea diagnosticului. Datele obținute din intervievarea copiilor vor fi raportate la informațiilor obținute din alte surse de evaluare: datele anamnestice, diagnosticul medical, analiza faptelor cunoscute, date obținute de alți profesioniști.

7. Oferirea de sprijin și negocierea continuării relației cu copilul

Elementele subiective care servesc pentru formularea unui diagnostic multidimensional, dinamic, conduc și la formularea unor direcții de intervenție terapeutică. Orice încercări de a oferi ajutor copilului vor rămâne ineficiente, dacă nu vor lua în considerare cele exprimate de copil și nu vor rezona cu nevoile și așteptările copilului.

În concluzie, trebuie să diferențiem interviul, așa cum îl propunem aici, de tehnica anchetei judiciare sau polițienești prin care se pun întrebări copilului pentru a se afla adevărul obiectiv privind evenimentele trăite de el. În concepția propusă aici, obiectivul central nu este descoperirea datelor obiective privind faptele, ci cunoașterea experienței copilului și a concepției sale privind evenimentele trăite în care, desigur, trauma ocupă un loc important. Modelul propus este mai mult un ansamblu de tehnici de

ascultare, de îndemnare și oferire de oportunități copilului de a se exprima, nu o tehnică de anchetare a copilului.

Pornind de la prezent, de la aici și acum, practicianul care știe să asculte poate ajunge la datele experienței copilului, prezentate prin prisma a ceea ce au reprezentat pentru el acele evenimente. Ele vor putea fundamenta ipotezele explicative ale diagnosticului psihologic.

Avantajul modelului propus constă în utilizarea interviului astfel conceput ca un instrument terapeutic, protejând copilul de ceea ce el ar putea tolera cu dificultate și dându-i posibilitatea de a progresa în ritmul său propriu. În acest fel, nu numai psihologul face progrese în înțelegerea etiologică a fenomenului bolii și a relațiilor sale cu mediul familial și extrafamilial, ci și copilul însuși. Or, înțelegerea propriilor reacții, a relațiilor copil - eveniment traumatic - familie - context social este un prim pas foarte important către terapie.

În acest mod, prin interviu, elementele subiective, sentimentele aduse la suprafață devin instrumente ale conștiinței, ale raționalității. Relatările privind trăirea copilului în raport cu problema, respectiv cu trauma sa, ajung repere importante pentru stabilirea unui diagnostic referitor la personalitatea copilului, resursele sale interioare și deficiențele, la punctul său de vedere și așteptările sale în rezolvarea problemei, la relația cu membrii familiei și cu celelalte persoane importante pentru copil, la relația cu școala. Astfel, cadrul de date concrete ale problemei aflate în centrul activității de diagnostic medical sau juridic va fi îmbogățit cu datele subiectivității, ceea ce reprezintă de fapt esența intervievării în relația de ajutor.

Interviul destinat pregătirii proceselor penale are, în rezumat, următoarele etape:

Faza I: Angajarea în interviu

1. Prezentarea numelui și a rolului intervievatorului;
2. Stabilirea și menținerea unei relații emoționale cu presupusa victimă a abuzului;
3. Evaluarea nivelului de dezvoltare a copilului;
4. Evaluarea gradului de credibilitate a copilului;
5. Stabilirea regulilor interviului.

Faza a II-a: Adunarea de informații

1. Introducerea problemelor care constituie subiectul preocupării interviului;
2. Solicitarea unor descrieri detaliate a celor trăite de copil, prin:

a. descriere liberă (evită întreruperile, în cazul unor evenimente repetate, centrează discuția asupra unei anume ocazii, folosește îndemnuri pentru a continua firul relatării, pune întrebări pentru a continua discuția, apoi permite din nou copilului să descrie evenimentele cu propriile cuvinte);

b. întrebări deschise (de tipul "spune-mi ce îți amintești despre acea după-masă, când..."; reamintește copilului despre regula de a răspunde cu "nu știu" dacă nu are amintiri clare);

c. întrebări specifice (dar întoarce-te la întrebări deschise și la descrierea liberă de fiecare data când apare o experiență nou relatată);

3. Explorarea unor ipoteze alternative abuzului:

a. găsirea inconsistențelor în răspunsuri;

b. relevarea elementelor neobișnuite sau improbabile (verifică sursele de informații ale copilului: "ai văzut (simțit) tu ceea ce spui?"; uneori copiii care au trăit experiențe de abuz își pot confunda propriile trăiri cu cele din propriile coșmaruri sau vise, dând relatărilor lor aspecte ciudate);

c. găsirea altor explicații (evenimente minore, exagerate de copil sau de cei din preajma lui, învinuiri false), pentru a avea parte de anumite câștiguri de pe urma investigației și a condamnării presupusului făptuitor, preluarea celor susținute de adulții aflați în preajma copilului.

Faza a III-a:

1. Evaluarea siguranței copilului;

2. Răspuns la întrebările sau la îngrijorările copilului;

3. Orientarea atenției copilului spre teme neutre (joc liber) pentru a-l liniști.

Interviul destinat depistării abuzurilor sexuale

Acest tip de interviu are cerințe speciale. Informațiile privind implicarea copilului în relații sexuale cu un adult pot fi obținute ca urmare a unui singur sau a mai multor interviuri. Și în aceste cazuri, stabilirea unei relații de încredere cu copilul este esențială. Adesea această încredere este și în funcție de timpul consacrat de profesionist copilului, pentru a da prilejul unei cunoașteri reciproce. Cum am arătat, o relație bună, apropiată îi va permite să înțeleagă nivelul de dezvoltare a copilului, modalitățile sale de comunicare, stările lui emoționale, nivelul său de competență socială. În cazul copiilor mai mici, explorarea se poate realiza printr-un joc introdus și acompaniat de anumite întrebări. Întrebările introductive se vor referi la viața și persoana copilului, la prietenii săi, la familia sa. Întrebările folosite la începutul interviului sunt generale și neutre.

Este foarte important ca, la un moment dat, pe parcursul interviului (de preferat în prima parte, dar uneori pe parcursul sau în urma intervievării), profesionistul să explice copilului de ce este necesară intervievarea sa și modul în care va fi utilizată informația obținută. Aceste informații i se vor da copilului potrivit cu nivelul său de înțelegere. Tehnicile folosite pe parcursul interviului vor fi variate și vor fi completate cu metode neverbale, ca jocul cu păpuși și desene anatomice, continuarea unor povești, jocul cu plastilina etc.

Tipurile de întrebări folosite în explorarea abuzului sexual:

- întrebări generale;
- întrebări centrate;
- întrebări cu alegere multiplă;
- întrebări "da-nu" (închise);
- întrebări sugestive ("leading").

Întrebările generale se folosesc adesea ca întrebări introductive, având rolul de a orienta discuția asupra problemelor copilului. De exemplu, putem începe prin a întreba "poți să-mi spui de ce stăm de vorbă astăzi?" sau "ți-a spus cineva de ce ai venit azi la mine să discutăm?". Cei la care rezistența este mai mare, în general cei aflați la vârsta pubertății, au tendința să spună că nu cunosc motivul interviului, chiar dacă ei au fost în prealabil pregătiți de adultul care însoțește copilul. Copiii mai mici s-ar putea să recunoască motivul și să răspundă cu exprimări vagi ("să spun de lucrurile rele", sau "să spun ce a făcut tata cu mine"). Mai mult ca sigur că ei vor avea nevoie de întrebări mai bine direcționate pentru ca răspunsurile care privesc experiența lor de abuz să fie mai clare.

Întrebările centrate sunt considerate a fi cele mai potrivite în cazurile în care se presupune existența unui abuz comis asupra copilului. Ele au rolul de a atrage atenția asupra informațiilor relevante prin: (1) întrebări orientate asupra persoanelor din jurul copilului (în special asupra presupusului abuzator); (2) întrebări orientate asupra circumstanțelor abuzului; (3) întrebări orientate asupra părților corpului copilului.

Ca exemple de întrebări din prima categorie exemplificăm: "Unde locuiește prietenul mamei tale?", "Ce fel de lucruri face el în familie?", "Sunt lucruri pe care le face în special cu tine?", "Sunt lucruri pe care le face și ție nu-ți plac?", "Face el vreodată ceva ce ție nu-ți place?"

Circumstanțele abuzului pot reieși din întrebări ca: "Există secrete în familia voastră?", "Se joacă el în vreun fel special cu tine?", "Ce face mama în timp ce vă jucați?", "Ce se întâmplă când ești numai cu tata acasă?", "Ce se întâmplă când intră tata în baie, când tu te speli?".

În privința părților corpului, practicianul poate întreba copilul cum denumește el diferitele părți ale propriului corp, iar apoi se pot formula întrebările centrate: "Ai văzut tu vreodată cum arată... (denumirea dată de copil penisului)?", "Ce ai văzut?", "Ce făcea cu el?", "S-a întâmplat vreodată ceva cu păsărica ta (sau altă denumire dată de copil propriilor organe genitale)?", "Te-a durut vreodată?", "Te-a atins vreodată acolo cineva?", "Altcineva te-a mai atins?". Dacă minorul denumește pe cineva, atunci se încearcă localizarea întâmplării (când, unde...).

Întrebările cu alegere multiplă sunt menite să obțină informații atunci când ele nu sunt obținute prin întrebările centrate. Ele trebuie astfel construite, încât să includă răspunsul corect. După afirmația copilului că un

alt copil a văzut ce se întâmplă, dar nu spune cine, putem să-l întrebăm: "face parte dintre prietenii tăi sau e altcineva?". Se recomandă folosirea acestui tip de întrebări pentru a se afla despre circumstanțele abuzului și nu despre abuzul însuși (de exemplu: "Ții minte dacă erai în pijama sau în hainele obișnuite?"). Se vor ocoli întrebările cu alegere multiplă prin care se cere copilului să aleagă dintr-un număr limitat de răspunsuri posibile, care pot să nu acopere realitatea: "Cel care ți-a făcut rău a fost tata, bunicul sau fratele mai mare?". Astfel de întrebări pot induce în eroare atât copilul, cât și evaluatorul.

Întrebările da-nu se folosesc în acest tip de interviu destul de rar, numai atunci când întrebările cu un caracter mai deschis nu conduc la răspunsuri lămuritoare, dar practicianul continuă să creadă că minorul a fost abuzat. Îndoielile legate de întrebările da-nu se datorează tendinței caracteristice acestui tip de întrebări de a incita la răspunsuri social dezirabile. Spre deosebire de întrebările de tip da-nu, cele centrate identifică atât abuzatorul, cât și comportamentul incriminat (sexual) al acestuia (de exemplu, "Tatăl tău vitreg te-a făcut să sângerezi la...?").

Întrebările sugestive sunt cele care conduc copilului către un anumit răspuns, deci răspunsurile sunt, de fapt, cuprinse în întrebare și forțează intervievatul să clarifice situația. Ele nu sunt recomandate pentru evaluarea abuzului la copii, dar se pun adesea pe parcursul rechizitoriului judiciar, pentru a determina martorii să dea răspunsuri precise în instanță. (De ex.: "tatăl tău te-a obligat să te dezbraci, nu-i așa?").

Considerăm seria următoare de întrebări ca fiind ilustrativă pentru a înțelege strategia recomandată aici în utilizarea diferitelor tipuri de întrebări:

> Cel care conduce interviul întreabă copilul despre locul unde se afla mama în momentul întâmplării care a dus la accidentarea copilului (întrebare centrată), dar copilul nu răspunde.
>
> Se pune întrebarea dacă mama era prezentă sau nu (întrebare închisă). Copilul răspunde că mama era prezentă; se pune întrebarea "Ce făcea atunci mama?" (întrebare centrată). Copilul răspunde că mama făcea ce îi spunea tata; copilul e întrebat ce anume făcea mama (întrebare centrată). Copilul spune că îi este greu să spună; practicianul întreabă dacă mama a pus cu acea ocazie și ea mâna pe copil sau nu (întrebare da-nu); copilul dă din cap afirmativ. Copilul e întrebat "Unde a pus mama mâna ?" (întrebare centrată). Seria interogațiilor va continua cu alternarea diferitelor tipuri de întrebări.

Se recomandă ca, în cadrul interviul clinic privind situația de maltratare, să oferi copilului posibilitatea de a se simți stăpân pe situație și să îi explici că nu este obligat să răspundă la întrebările care îi sunt adresate dacă ele nu au sens pentru el sau dacă nu știe ce să răspundă (poate să aleagă răspunsul "nu știu"). Astfel se poate evita ca un copil să dea informații eronate despre reprezentări sau noțiuni neclare pentru el sau care s-au șters din memoria lui. În cazurile în care un copil dă informații privind

situația de maltratare, este util ca evaluatorul să verifice modul în care copilul înțelege acea informație, care poate diferi substanțial de înțelegerea adultului.

Pe parcursul evaluării nu avem voie să uităm că o serie de întrebări, ca cea prezentată mai sus, sunt resimțite de către copil ca fiind traumatice, dat fiind că trebuie să vorbească despre evenimente dureroase sau rușinoase din viața lui, în care pot fi implicate persoane față de care copilul are sentimente ambivalente, de furie, dar - într-un grad mai mare sau mai mic - și de atașament. De aceea, copilul trebuie asigurat permanent că i se va acorda sprijin, că va fi asistat în continuare, că el merită să fie iubit și că abuzul sexual nu a fost din vina lui.

Recomandări pentru evaluatorii cazurilor de abuz comise asupra copiilor

- *Dacă un copil îți spune că a fost supus relelor tratamente, cercetează situația lui; chiar dacă cele relatate par incredibile, nu renunța la evaluarea cazului.*
- *Dacă un copil îți spune că abuzul a avut loc mai demult, să nu crezi că a încetat.*
- *Dacă un copil va spune că îl doare partea de jos sau la spate sau în alte părți intime sau dacă este deosebit de tăcut sau de agresiv, pune întrebări; nu te înfuria, nu-ți arăta nervozitatea, indignarea și alarmarea în fața copilului; pune întrebări și ascultă; întreabă ce îl doare, cum s-a întâmplat, ce înțelege prin ceea ce spune și cere să-ți arate despre ce părți ale corpului și despre ce fel de gesturi vorbește; nu uita că vocabularul unui copil este limitat.*
- *Nu încerca să aluneci peste subiectul abuzului și al traumei.*
- *Nu spune că nu e important; dă ajutor copilului.*
- *Nu dezbrăca, nu spăla copilul dacă nu e absolut necesar.*
- *Dacă bănuiești un abuz recent, păstrează hainele copilului ca probe penale.*
- *Însoțește copilul la un cabinet medical (respectiv medico-legal), pentru examinare.*
- *Raportează cazul la poliție sau cheamă poliția și autoritatea tutelară.*
- *Îngrijește-te ca minorul să poată urma în viitor o formă de terapie.*

Centrul pentru copil și familie din Carolina de Nord folosește criteriile diagnostice de mai jos pentru a confirma sau a infirma comiterea unor abuzuri sexuale, respectiv pentru a menține sau a considera neclară suspiciunea unor acte abuzive. Astfel, un interviu cu un copil *confirmă* comiterea unor abuzuri sexuale de către o persoană dacă el oferă o destăinuire clară privind experiența de abuz sexual, comis de un anume făptuitor, în care sunt prezente unele sau mai multe dintre următoarele condiții:

- *consistență în descrierea faptelor de bază care circumscriu destăinuirea privind abuzul;*
- *copilul a mai făcut o descriere validă a abuzului în prealabil, eventual în fața unei alte persoane;*

- *destăinuirea a fost făcută de copil fără ca el să fie îndelung îndemnat (aceasta nu înseamnă că un copil nu trebuie ajutat, respectiv încurajat să facă o destăinuire);*
- *în urma interviului, rezultă detalii semnificative ale relelor tratamente aplicate;*
- *emoțiile, afectele copilului se potrivesc celor cunoscute ca fiind consecințe ale maltratării copilului;*
- *comportamentul copilului în timpul interviului este în concordanță cu modul de comportare al unui copil care a suferit abuzuri (se poate observa regresie, evitare, hiperactivitate situațională, sexualizare necorespunzătoare vârstei etc.);*
- *cunoștințele copilului în sfera sexuală depășesc nivelul vârstei și nu corespund descrierii date de părinți privind expunerea copilului la materiale de tip sexual;*
- *descrierea unor activități de tip sexual în mod idiosincretic de către copil ("un monstru roșu în gura mea", "un băț din care venea un fel de lapte");*
- *anamneza relevă manifestări de comportament care indică sindromul stresului posttraumatic (coșmaruri, insomnie, tulburări psihosomatice etc.);*
- *copiilor li se acordă credit dacă descriu detaliat modul în care au fost implicați în activități sexuale de genul filmelor sau altor materiale pornografice, pozării de tip sexual, contactului sau altor forme de activități sexuale.*

Un interviu cu un copil *ridică sau menține suspiciunea* comiterii unui abuz sexual de către o persoană dacă:

- *el conține date aparent valide privind abuzul, dar copilul nu este capabil sau nu dorește să dezvăluie identitatea făptuitorului sau dacă el numește un făptuitor improbabil sau inexistent;*
- *copilul relatează despre un abuz comis de un anumit făptuitor, dar relatarea sa nu este clară, nici consistentă și este lipsită de detalii;*
- *copilul a făcut deja o destăinuire, aparent validă, privind comiterea unui abuz sexual unei persoane din anturajul său (de exemplu, unui părinte), dar acea persoană nu pare a fi dornică să ceară condamnarea făptuitorului;*
- *copilul a făcut o destăinuire unui profesionist privind abuzul sexual suferit, dar pe urmă și-a retras mărturia, ca urmare a neîncrederii manifestate de către familia sa sau în urma contactului cu făptuitorul;*
- *un alt copil prezintă în mod clar că a fost martor la comiterea unui abuz sexual asupra unei victime, existând și date suplimentare care confirmă mărturia acestuia;*
- *copilul are în antecedente destăinuiri mai mult sau mai puțin consistente privind abuzul sexual.*

Diagnosticul este necunoscut în următoarele situații:

• *diagnosticul este incomplet* dacă nu s-au obținut suficiente informații pentru a confirma sau pentru a suspecta abuzul sexual, dat fiind că nu s-a putut respecta orarul interviurilor;

• *diagnosticul este neconclusiv*, dacă ipoteza unui abuz sexual nu s-a putut infirma total dar nici nu s-au putut aduna date suficiente care să justifice suspiciunea de abuz; în astfel de cazuri, este nevoie de culegerea unor date suplimentare.

Suspiciunea de abuz sexual este înlăturată dacă:

• *examinarea reușește să ofere alte explicații raționale decât comiterea unui abuz pentru faptele și motivele care au determinat evaluarea (de exemplu, interviul și examinarea medicală converg în direcția unei vătămări accidentale);*

• *examinările medicale, interviul și celelalte date obținute oferă informații care nu dau motive serioase pentru menținerea unor suspiciuni, iar faptele consemnate nu sunt convergente cu cele specifice unor abuzuri asupra copiilor.*

2.3 Evaluarea familiei

Factorii familiali care influențează situația copiilor sunt greu de surprins în primul rând datorită întrepătrunderii lor. De aceea studiul lor poate fi ușurat prin folosirea unor tehnici specifice terapiei familiale.

Evaluarea familiei după modelul sistemic se bazează pe interviul sistematic cu membrii familiei și tinde în primul rând la depistarea acelor atitudini dominante care pot conduce la vătămarea copilului, iar în al doilea rând - ceea ce este tot atât de important - la evaluarea resurselor de energie, emoționale, de suport intern sau extern ale familiei.

Cadrul de evaluare a familiei (după modelul McMaster)

Modelul se bazează pe un punct de vedere sistemic și este centrat pe modul în care familia funcționează în prezent, raportat la evoluția anterioară a familiei. Competențele familiei sunt evaluate în următoarele cinci domenii:

1. Realizarea sarcinilor, rezolvarea problemelor

• Sarcina de bază: asigurarea hranei, asigurarea locuinței, protejarea de pericole fizice, educația;

• Sarcini de dezvoltare asociate cu creșterea copiilor și schimbările în componența sau situația familiei. Membrii familiei trebuie să se adapteze la schimbările intervenite în relațiile de dependență-independență în urma nașterii copiilor, plecarea lor la școală, pășirea în adolescență,

părăsirea căminului;

• Sarcini legate de o situație de criză, de exemplu, în cazul bolii, al morții sau al emigrării dintr-o țară în alta etc.

Dacă apar probleme legate de rezolvarea sarcinilor, se vor avea în vedere următoarele etape de rezolvare a acestora:

a) identificarea problemei;

b) discutarea problemei cu toți cei care trebuie să fie în cunoștință de ea, fie ei din interiorul sau din afara familiei;

c) luarea în considerare a unor planuri de acțiuni alternative;

d) selectarea unei alternative și a unei decizii posibile;

e) acțiunea;

f) monitorizarea acțiunii pentru a asigura buna ei desfășurare;

g) evaluarea succesului acțiunii și a progresului realizat în familie, ca urmare a succesului sau a eșecului.

2. Comunicarea

În acest model, comunicarea se referă în principal la planul verbal, fără însă a se ignora comunicarea neverbală. Se vor lua în considerare următoarele:

• Este comunicarea din familie satisfăcătoare? Sunt dificultăți în transmiterea informației? Se transmit complet mesajele?

• Este comunicarea clară sau mascată? Este informația ambiguă, se dau mesaje contradictorii? Se contrazic mesajele verbale și neverbale?

• Comunicarea este directă sau indirectă? Mesajul este spus direct persoanei căreia i se adresează sau este transmis prin intermediul alteia?

3. Rolurile

Este vorba de contribuția diferiților membrii ai familiei la funcționarea acesteia. Funcțiile de bază ale familiei sunt: asigurarea hranei și a celorlalte resurse materiale de viață, oferirea de suport moral și îngrijire, constituirea cadrului pentru relațiile sexuale ale partenerilor maritali.

Se vor evalua:

• Rolurile fiecărui membru al familiei și gradul în care prin ele sunt satisfăcute nevoile familiei ca întreg;

• Modul în care sunt repartizate rolurile și în care membrii familiei sunt trași la răspundere pentru îndeplinirea sau neîndeplinirea sarcinilor lor;

• Cum și de ce sunt atribuite rolurile comportamentale (cine e "cel deștept"; cine e "cel care intră totdeauna în bucluc");

• Există în familie un țap ispășitor? Dacă da, ce vini i se atribuie?

4. Exprimarea afectivității și implicarea

Exprimarea sentimentelor între membrii familiei, măsura în care acestea sunt calitativ și cantitativ adecvate (luând în considerare specificul cul-

tural). Se pot utiliza cele cinci modalități de comunicare a sentimentelor, indicate de Satir:

a) Cel care face compromisuri, fiind de acord cu ce spune o persoană, indiferent de situația dată;

b) Cel care învinovățește, critică și se postează într-un statut de superioritate;

c) Cel care raționează, calculează și răspunde la nivelul cognitiv, negând relevanța sentimentelor;

d) Cel care distrage atenția de la probleme, ignoră conținutul de sentimente prin raportarea la lucruri irelevante;

e) Cel care împarte dreptatea cu privire la sentimentele și cuvintele privind problema dată și ale cărui sentimente și comunicare neverbală sunt consistente.

Implicarea emoțională dovedită de membrii familiei pentru nevoile, interesele și activitățile fiecăruia. Există o varietate de niveluri care pot exprima implicarea emoțională și anume:

a) lipsa de implicare;

b) implicarea lipsită de sentimente;

c) implicarea narcisistă care satisface nevoia individului de autoapreciere;

d) implicarea empatică, bazată pe înțelegerea realistă a nevoilor din familie;

e) supraimplicarea;

f) implicarea simbiotică.

5. Controlul comportamentului

Viața familială este guvernată printr-o serie de reguli, unele explicite, altele implicite. Multe dintre regulile urmate în interacțiunile familiale nu sunt exprimate deschis. Probabil că în lipsa unor reguli adecvate nevoilor familiei, vor exista probleme în funcționarea familiei. Trebuie să existe, de asemenea, modalități de a se controla respectarea regulilor - reguli privind regulile - care verifică modul în care membrii respectă standardele de comportament specifice familiei lor. Modelul McMaster prezintă patru stiluri de control comportamental:

a) stilul rigid, cu standarde foarte stricte;

b) stilul flexibil, cu un grad rezonabil de elasticitate a regulilor;

c) stilul "laisser-faire", care lasă comportamentul la libera latitudine a membrilor familiei;

d) stilul haotic, în care controlul este imprevizibil, schimbându-se adesea stilurile de la cel rigid la cel "laisser-faire" (și invers), nimeni din familie neștiind la ce să se aștepte.

În intervievarea părinților, *evaluarea detaliată* va avea ca unul din principalele ei obiective cunoașterea complexității situației familiale, din

perspectiva adulților aflați în familie. După *Department of Health*, 1988, întrebările adresate părinților se vor referi la:

- *atitudinea părinților - respectiv a persoanelor care înlocuiesc părinții - față de copil, concretizată în: analiza obiceiurilor zilnice actuale; atitudinea pre- și postnatală; aprecierea dezvoltării timpurii a copilului; perceperea nivelului dezvoltării emoționale și intelectuale a copilului și a problemelor sale, relaționarea față de copil și modalitățile folosite de părinte/persoana de îngrijire pentru a regla comportamentul copilului;*
- *componența familiei și situația sa juridică;*
- *profilul individual al părinților/persoanelor de îngrijire, concretizat în: istoria relațiilor cu proprii lor părinți; evoluția școlară; datele anamnestice privind sănătatea fizică și psihică; eventuala comitere de către părinți de acte violente sau delictuale și existența de mențiuni privind investigații sau condamnări penale anterioare; cariera profesională; problemele actuale de viață (eventualele situații conflictuale, frustrări, decepții, dependența față de alcool sau droguri);*
- *relațiile de cuplu între părinți/persoane de îngrijire (calitatea și durata lor);*
- *interacțiunile specifice familiei (relațiile care se stabilesc între părinți și bunici, cele dintre părinți și copii, alianțele dintre membrii familiei, legăturile cu alți membrii ai familiei);*
- *rețeaua socială de suport a familiei în care crește copilul;*
- *elementele privind situația materială a familiei;*
- *condițiile de locuit și atitudinea părinților față de acestea.*

Răspunsurile părinților indică comiterea de rele tratamente dacă – în diferite ocazii - ei descriu circumstanțele vătămării copilului în mod deosebit; dacă ei schimbă adesea medicii care tratează copiii; dacă sunt refractari în a da informații privind starea de sănătate sau cea psihică a copiilor lor; dacă solicită ajutor medical cu întârziere sau refuză examinarea medicală sau evaluarea copilului; dacă sunt tensionați în timpul interviului (nu doar la începutul lui).

2.4 Completarea de chestionare și teste

În evaluarea diferitelor tipuri de abuzuri se pot folosi materiale standardizate, care ne ajută să confirmăm un diagnostic privind relele tratamente îndreptate împotriva copilului. Ele trebuie însă folosite cu mult discernământ, pe baza unui consult prealabil cu specialiștii din echipa de evaluare. Dacă rezultatele lor ridică orice fel de probleme de interpretare, profesionistul care a utilizat aceste probe trebuie din nou să recurgă la ajutorul echipei de specialiști pentru a putea să compare diferitele date obținute. Hodges (1992) consideră că metodele de evaluare de tipul testelor și al chestionarelor, bazate de fapt pe autoevaluarea subiecților implicați,

sunt adecvate doar în scop orientativ dar nu sunt suficiente pentru a face aprecieri de mare finețe, cum ar fi cele care privesc gravitatea unui abuz sau a consecințelor unei traume. Informațiile astfel obținute prin teste și chestionare trebuie integrate în diagnosticul multidimensional și raportate în primul rând la ceea ce a exprimat copilul despre experiențele sale.

Un chestionar folosit pe scară largă pentru evaluarea devierilor de comportament ale copiilor este "Inventarul comportamentului copilului" (Child behavior checklist), completat de aparținători sau persoane care îngrijesc copilul. El este menit să pună în evidență o gamă largă de simptome psihosomatice ale unui copil, fără însă a putea pune diagnosticul de abuz sau de sindrom post-traumatic.

De exemplu, pentru copii între 4 și 18 ani, adultul poate fi întrebat dacă și cât de des a remarcat comportamente ca cele de mai jos:

- *își distruge propriile lucruri;*
- *este confuz, pare că se simte în ceață;*
- *visează cu ochii deschiși, își pierde firul gândurilor.*

O altă variantă a fost elaborată pentru a fi completată prin autoevaluare de către copilul însuși (pentru cei cu vârsta cuprinsă între 11 și 18 ani), care conține itemi ca, de exemplu:

- *simt că trebuie să fiu perfect;*
- *visez mult cu ochii deschiși;*
- *mă simt fără valoare și inferior.*

Unul din chestionarele utilizate pentru raportarea comportamentului sexual al copilului la normele de vârstă este cel cunoscut sub numele de "Inventar al comportamentului sexual al copilului" (Child sexual behavior inventory – CSBI), elaborat de Friedrich (1995). Acesta se adresează părinților sau altor persoane care îngrijesc copilul în mod regulat și pune întrebări despre elementele de ordin sexual ale comportamentului acestuia. Sarcina celui care dă informațiile este aceea de a marca frecvența comportamentelor observate la copil în ultimele șase luni. Chestionarul cuprinde 38 de întrebări, dintre care exemplificăm:

- *Stă prea aproape de oameni;*
- *Se masturbează cu mâna;*
- *Cere altora să întrețină raport sexual cu ea (el);*
- *Își plasează gura pe organele sexuale ale unui alt copil sau adult;*
- *Îi dezbracă pe adulți împotriva voinței acestora;*
- *Îi forțează pe ceilalți copii să participe la acte de tip sexual.*

Pentru detectarea copiilor care prezintă sindromul stresului post-traumatic, Briere a elaborat "Inventarul de simptome indicatoare ale traumei la copii" (Trauma symptom checklist for children – TSCC), care cuprinde șase scale clinice: anxietatea, depresia, furia, stresul post-traumatic, simptome de disociere și sexuale (după Catalogul american de teste psihologice

PAR, 2000, vol.25, 2, p.48). Datele psihometrice indică o bună consistență internă a chestionarului (coeficientul alpha între 0,77 și 0,89) și o bună validitate predictivă în loturile normative și clinice.

Un alt instrument util recomandat prin catalogul american de teste psihologice, conceput în mod special pentru evaluarea abuzului comis împotriva copilului, este "Inventarul de simptome indicatoare ale abuzului" al lui J. Petty (Checklist for child abuse evaluation – CCAE), prezentat de PAR (2000, vol. 25, 2, p. 95). El cuprinde o listă bogată de simptome care pot fi folosite de profesioniști pentru întocmirea raportului clinic privind simptomatologia prezentată de copil.

O categorie importantă de instrumente sunt cele care vizează relația copil-părinte. Din această categorie face parte "Coeficientul atitudinilor parentale" a lui W.W. Hudson (1992), instrument elaborat pentru măsurarea extinderii, a severității și a intensității problemelor din relația părinte-copil. Chestionarul are o bună consistență interioară, coeficientul de încredere alpha Cronbach fiind de 0,97, și o bună validitate de construcție, diferențiind în mod semnificativ între grupele de părinți care recunosc sau sunt raportați de profesioniști pentru existența unor probleme în relațiile lor cu proprii copii, în raport cu cei la care nu există astfel de probleme. De exemplu:

- *îmi displace propriul meu copil;*
- *copilul meu este bine-crescut;*
- *mi-e greu să îmi controlez propriul copil;*
- *îmi pare rău că am acest copil;*
- *copilul meu este iritant;*
- *copilul meu este o adevărată bucurie pentru mine;*
- *mi-e rușine de copilul meu.*

Acest chestionar oferă informații despre capacitatea părinților de a oferi sprijin copiilor lor, satisfacțiile pe care le au în calitate de părinte, stilul lor de a comunica și modul în care stabilesc regulile, gradul de autonomie pe care îl permit copiilor, rolul lor în familie.

În scopul măsurării reacțiilor emoționale manifestate de părinți față de comportamentul copilului lor, M. M. Linehan a elaborat "Testul afectului parental" (1983). Acesta măsoară reacțiile de supărare și de plăcere în relațiile părinți-copii, considerate ca fiind semnificative din punctul de vedere al apariției și al consolidării comportamentelor punitive, respectiv abuzive. Testul se poate aplica părinților care au cel puțin un copil cu vârsta cuprinsă între 2 și 11 ani. El are un foarte bun coeficient de încredere (0,92 pentru scara de supărare și 0,96 pentru scara de plăcere) și o bună validitate concurentă. În chestionar sunt descrise 40 de comportamente specifice copiilor, iar părintele are sarcina de a-și evalua propria sa reacție emoțională pe o scară de la 1 la 7, în situația în care un anume copil de-al său s-ar fi comportat în acel fel. Spre exemplu:

Dacă copilul meu nu mă ascultă, atunci eu:	
m-aș simți fericit	m-aș simți supărat
m-aș simți rău	m-aș simți bine
mi-ar veni să îl bat	mi-ar veni să îl sărut
aș vrea să strig	aș vrea să îl laud
aș fi tensionat	aș fi relaxat
aș trimite copilul în camera lui	aș vrea să rămân împreună cu copilul

Pentru evaluarea riscului de rele tratamente aplicate copiilor de către proprii părinți, în contextul stresului parental R. Abidin a elaborat "Scara coeficientului de stres parental" (Parenting Stress Index – PSI). Acesta servește la identificarea timpurie a disfuncționalităților atitudinilor parentale și poate servi elaborării unor programe preventive de reducere a stresului și a riscului de abuz împotriva copilului (PAR, 2000, vol. 25, 2, p. 116).

Același catalog (PAR, 2000, p. 97) recomandă aplicarea "Inventarului riscului de violență sexuală" (Sexual Violence Risk-20, SVR-20) și a "Inventarului de evaluare a riscului" (Assessing Risc for Violence – HCR-20). Ele au fost elaborate inițial pentru investigațiile asociate domeniului juridic dar - prin evaluarea experiențelor anterioare de acte violente, a simptomelor clinice prezente și a capacității de autocontrol - ele pot fi utile și în evaluarea seriozității alegațiilor și a potențialului de abuz împotriva copiilor.

Majoritatea testelor psihologice nu constituie, însă, instrumente adecvate de evaluare a persoanelor care au suferit rele tratamente și prezintă sindromul de stres post-traumatic sau simptome disociative, iar uneori sunt chiar derutante (Carlson, 1997). Există, totuși, probe psihologice relevante pentru măsurarea impactului relelor tratamente asupra personalității individului. Una din dificultățile utilizării scărilor de personalitate, care poate duce la confuzii diagnostice, este aceea de a diferenția între PTSD și nivelul ridicat de anxietate. Majoritatea scărilor de personalitate au doar scări de anxietate, ceea ce poate conduce la considerarea simptomelor unei persoane în cadrul tabloului anxios, fără specificarea reactivității simptomelor. După Carlson, scara F a MMPI are adesea valori crescute la cei cu PTSD sau cu simptome disociative, dar inițial ea a fost creată pentru a demonstra nepăsarea sau prefăcătoria. Utilizarea acestei scări poate sugera că persoana în cauză își exagerează simptomele, atunci când răspunde pozitiv la întrebări ca: "am coșmaruri în fiecare noapte" sau "cred că păcatele

mele nu pot fi iertate". Opinia autorului este că aceste recunoscute teste de personalitate nu sunt adecvate pentru evaluarea PTSD pentru că ele nu evaluează componentele sale esențiale. Încă nu s-a reușit selectarea unui set de întrebări care pot fi atașate testelor globale de personalitate pentru a diferenția diagnosticul celor care suferă de astfel de simptome de al celor cu alte tipuri de tulburări de personalitate, fără o cunoaștere prealabilă a experiențelor traumatice trăite de persoana respectivă. Tocmai acestei dificultăți de diagnostic i se datorează o parte din subraportarea frecvenței PTSD.

2.5 Alte metode de evaluare

a. *Desenul* este un mijloc proiectiv neverbal, utilizat adesea pentru diagnosticul copiilor care au suferit traume. El poate oferi date importante privind viața psihică interioară a copiilor care au dificultăți în exprimarea directă a experiențelor lor. Atât desenul liber, cât și cel tematic pot servi profesionistului pregătit să înțeleagă sensul imaginilor grafice ca mijloc privilegiat de cunoaștere a copiilor (Davido, 1998). Copiii de diferite vârste recurg la desene ca la un cadru de proiecție a experiențelor și a sentimentelor lor, deoarece prin ele copilul poate "povesti" fără cuvinte, fără reguli, într-un mod în care el nu se simte controlat de către adulți. Mijloacele care îi stau la dispoziție copilului sunt intensitatea și armonia culorilor, mărimea reprezentărilor, liniile discontinue sau cele frânte, omisiunile, apăsarea creionului, poziția diferitelor fragmente în spațiu. Aceste elemente pot dobândi o valoare simbolică, a căror semnificație poate fi detectată dacă cerem copilului să deslușească pentru noi reprezentările grafice și să le folosească ca punct de plecare a unei povestiri.

Când un copil desenează, nu trebuie intervenit, dar i se pot urmări reacțiile. El vorbește adesea în timpul desenului, dar întrebările îi vor fi adresate numai după terminarea lui. Pornind de la principiul că personajele și obiectele reprezentate de copil nu îi sunt indiferente, prin discuții ulterioare desenării, se va încerca stabilirea sentimentelor sale: atașamentul, interesul, frica, disprețul, furia, neliniștea. Davido (1998, p. 282) propune folosirea unei serii de desene pentru depistarea traumelor copiilor:

1) desenul pe care copilul și-l amintește că îl desena când era mai mic;
2) desenul mâinilor (așezate în poziția și în numărul dorit de copil);
3) desenul mâinii care deranjează;
4) desenul liber.

Copilul are libertatea de a-și elabora propriile desene cu ajutorul creioanelor colorate și a unui creion negru, fără riglă și radieră. Cu ajutorul acestei tehnici, autoarea relevă abuzul sexual, ca în exemplul următor:

K. este o fetiță de 9 ani, care, chiar dacă nu a rămas repetentă, este o elevă slab pregătită. În desenul din copilărie apare un omuleț enorm, cu păr lung și blond, având în burtă un mic omuleț identic, cu păr albastru. Ochii celor doi omuleți sunt diferiți. Gura este în mod special agresivă, ca și cum ar fi închisă de doi colți. Desenul mâinilor înfățișează două mâini destul de asemănătoare. La fiecare mână un deget este depărtat, aproape în unghi drept. Desenul mâinii care jenează înfățișează o mână de dimensiune mare. Desenul liber înfățișează o domniță surâzătoare, fără brațe și fără culoare, într-o mare fortăreață înconjurată de flori răzlețe, fluturi și nori și luminată de culori vii.

În legătură cu desenul ei din copilărie, K. spune că avea 3-4 ani când desena acest monstru: "mă enerva când mă sculam să mă duc la toaletă, îi vedeam umbra. Era mare, avea un bebeluș în burtă". În legătură cu desenul mâinilor, K. adaugă: "uneori ele mă pălmuiau... Ele aparțineau monstrului... Ele tremurau, țineau un pistol și monstrul zicea: nu mai inventa povești... Tatăl meu are un pistol, dar nu îl folosește niciodată".

Pornind de la descrierea desenelor... K. destăinuie că tatăl ei "o învăța să facă bebeluși". Imaginea mamei nu apare concret în desenul evocator al trecutului, doar spusele ei (sunt invocate): "nu mai inventa povești". Personajul fără brațe din desenul liber este de astă dată mama, care doar privește scena, dar fetița nu așteaptă să i se întindă o mână de ajutor.

Experiența de victimă a copilului poate fi decodată dintr-o mai largă gamă de desene tematice decât cele relatate mai sus. Coulborn Faller (1993) mai descrie: *desenarea propriei persoane* (din care se pot desprinde eventualele complexe de inferioritate ale copilului și eventuala ascundere a unor părți ale corpului), *desenarea unei persoane* (a aceleia despre care bănuim că ar fi comis abuzul), *desenarea familiei* (din așezarea în pagină a personajelor se pot desprinde relațiile, tensiunile, conflictele și aliațele membrilor familiei). În 1994, Van Hutton (după PAR, 2000, vol. 25, 2) a descris un sistem cantitativ de evaluare a abuzului exprimat prin desenul O mului și desenul Casei-Copacului-Omului. Acesta are patru axe și anume: interesul față de conceptele cu înțeles de ordin sexual; agresiunea și ostilitatea; retragerea și accesibilitatea scăzută; gradul crescut de alertă la primejdie și lipsa de încredere.

Evaluarea prin desen mai poate recurge la următoarele teme date copiilor: invitarea copilului să reprezinte *gândurile ascunse* ale persoanelor în interiorul unor baloane de săpun; *desenarea locuințelor* reale sau posibile pentru copil, pentru a evalua care este căminul preferat de el (dintre mai multe cămine posibile); *desenarea celui mai rău lucru* care i s-a întâmplat sau reprezentarea prin simboluri a relelor sale experiențe, precum și *reprezentarea îngrijorărilor și a fricilor* sale prin desen; *reprezentarea a ceea ce este plăcut copilului*, respectiv ceea îi este *neplăcut* la părinții lui (folosiți foi separate pentru părinți, respectiv pentru aspectele pozitive și cele negative).

Dacă făptuitorul relelor tratamente a fost deja identificat, copilului i se poate cere să deseneze circumstanțele în care a fost comisă fapta (desenul

locului în care a avut loc abuzul, al instrumentelor folosite și al faptelor petrecute).

O variantă aparte a desenului utilizat ca mijloc diagnostic în cazuri de maltratare este cel al *desenelor anatomice*. Din acest, grup face parte "*examinarea atingerilor*", metodă propusă de Hewitt (1999). Autoarea menționată a elaborat un set de materiale de tip creion-hârtie, care abordează cu un copil problematica abuzului prin modalitatea desenului și a scrisului, considerată mai puțin intensă emoțional ca interviul direct. Este o metodă care vizează evaluarea tuturor formelor de abuz, respectiv a celui emoțional, fizic și sexual.

Examinarea propusă are loc în mai multe etape, dintre care prima servește la familiarizarea copilului cu evaluatorul și cu modalitatea specifică în care își va putea exprima propriile stări emoționale, precum și la cunoașterea modului de reacție emoțională a copilului. Se va folosi o coală obișnuită de hârtie albă pe care, după ce va fi împărțită în 4 părți egale, evaluatorul va desena patru fețe umane schematice, cu expresii care să indice fericire, supărare, furie și frică. Apoi evaluatorul va indica fiecare dintre aceste chipuri și va cere copilului să denumească sentimentul pe care îl recunoaște, care va fi notat dedesubtul chipului. În următoarea fază, copilul este întrebat care dintre expresiile feței este mai frecventă la el și ce fapte îl determină pe el să arate fiecare dintre cele patru expresii faciale. Răspunsurile copilului vor fi notate alături de chipul descris.

În a doua fază, care se axează pe relevarea experiențelor copilului cu atingerile din partea altora, se va divide o nouă coală albă de hârtie în șase părți, în care se vor trece, rând pe rând, figuri umane schematic desenate (în care membrele și trunchiul sunt reprezentate prin bețigașe) și se va omite gura. Ele vor reprezenta copilul însuși și, de aceea, se vor desena elemente specifice pentru acesta: părul scurt, lung, cu bucle sau eventual cu codițe, cercei sau altele. Copilului i se va explica că scopul acestor desene este să discute despre diferite tipuri de atingeri, unele plăcute, altele neplăcute pentru el. Se va începe prin a discuta despre gestul îmbrățișării, copilul fiind întrebat dacă a fost vreodată îmbrățișat și cum i-a plăcut acest gest. Răspunsul său se va nota pe partea stângă a figurii, după care i se va cere să deseneze sentimentul descris, trasând forma gurii pe fața figurii. Discuția se va axa în continuare pe tema persoanelor care îmbrățișează copilul, numele indicate trecându-se pe partea dreaptă a figurii. Copilul va mai fi întrebat despre locul în care este îmbrățișat de fiecare dintre persoanele amintite, iar răspunsurile vor fi indicate pe desen, prin săgeți. Se va proceda în mod similar cu următoarele segmente marcate pe desen, întrebând despre bătaie, sărut, lovire cu piciorul și pișcături. Ultimul cadru al foii de hârtie este în mod special destinată explorării abuzului sexual. Copilului i se va atrage atenția că va fi întrebat despre un alt tip de atingeri și i se va indica

pe desen zona genitală. Va fi rugat să spună dacă cineva i-a provocat vreo durere sau l-a gâdilat în acea zonă și să indice în care parte a corpului (din față sau din spate). La nevoie, se vor explica cuvintele care indică părțile intime ale corpului. În situațiile în care copilul descrie o atingere de acest tip, atunci i se cere să indice sau să marcheze cu săgeata locul în care este atins și se va cere acestuia să-l denumească cu vorbele folosite de obicei. În cazul în care nu este descrisă vreo atingere de tip sexual, atunci se va cere copilului să deseneze ce sentiment ar avea dacă ar fi atins în acea zonă.

În a treia etapă a evaluării, se va arăta copilului un nou desen al figurii umane (reprezentare din nou lipsită de gură dar de această dată și de păr, pentru ca figura să fie neutră din punctul de vedere al sexului). Se va întreba dacă s-a întâmplat ca vreo persoană să îi fi cerut copilului să o atingă în anumite zone intime ale corpului, apoi - similar modului de lucru de până acum - cine sunt aceste persoane și care este locul în care ele cer să fie atinse.

Printre copiii care neagă ideea de a fi fost atinși în zonele genitale, unii par convinși de ceea ce susțin, alții par ezitanți sau chiar anxioși. În aceste din urmă cazuri, se poate întreba despre cunoașterea regulilor care privesc atingerile zonelor intime. Această întrebare are valoare preventivă, conștientizând copilul în privința pericolelor unor atingeri nedorite. Copilul poate fi întrebat despre persoana căreia i-ar relata dacă cineva l-ar atinge în zonele intime. Aceasta îl va înarma pe copil cu idei privind cererea de ajutor în cazurile de abuz.

În urma evaluării metodei, prin raportarea concluziilor ei la rapoartele finale privind abuzul, Hewitt a găsit 55% concluzii concordante, valide pozitiv și negativ, dintre care 31% au confirmat, iar 24% au infirmat abuzul detectat. Totuși, la 29% din cazuri s-a constatat existența falșilor negativi, însemnând că metoda nu a semnalat abuzul, ceea ce s-a dovedit a fi fals. Valoarea metodei constă în faptul că nici un caz nu a fost evaluat cu un diagnostic fals de abuz.

Alți autori folosesc imagini schematice ale unor adulți și copii, bărbați și femei, aflați în diferite stadii de dezvoltare, cu diferite caracteristici sexuale, prezentați din poziție anterioară sau dorsală. Pentru fiecare copil este aleasă imaginea relevantă, în funcție de suspiciunea tipului de maltratare. Copilul marchează pe aceste desene părțile corpului care au fost implicate în actul abuziv și poate indica direcția acțiunii folosind săgeți sau linii între diferite zone ale corpului.

Metodele desenelor anatomice se pot folosi pentru copii care au depășit vârsta de 4 ani (până în jurul vârstei de 10 ani), dar nu și la vârsta antepreșcolară, perioadă în care copiii nu recurg la desene și simboluri pentru reprezentarea experiențelor proprii.

b. O altă metodă specifică în cazurile de evaluare a copiilor maltratați este cea a folosirii *păpușilor anatomice*. Ele sunt deosebit de utile în cazurile copiilor cu vârsta cuprinsă între 5 și 7 ani, care au suferit abuzuri sexuale

(Bourg *și colab.*, 1999), a căror frecvență este surprinzător de mare la această categorie de vârstă (30% din toate abuzurile sexuale au ca victime copii sub 7 ani). Avantajul acestei metode este de a ajuta intervievatorul să clarifice părțile copilului denumite de copil cu nume care sunt adesea confuze. De asemenea, folosirea acestor păpuși neacoperite de haine pot orienta atenția asupra atingerilor și durerilor copilului la nivelul diferitelor segmente ale corpului. Cercetările lui Boat și Everson (1993) au arătat că folosirea păpușilor anatomice facilitează rememorarea evenimentelor petrecute în mod real pe parcursul vieții copilului și nu stimulează fantezia lor sexuală. Ele se recomandă a fi folosite după ce copilul a dezvăluit abuzul sexual, pentru a-l ajuta să reprezinte detalii dificile de exprimat verbal, ca de exemplu poziția sa în timpul abuzului. Uneori, ele sunt folosite însă pentru a explora posibilitatea comiterii abuzului asupra victimei, prin adresarea unor întrebări de felul:

- *Cum numești această parte a corpului?*
- *La cine ai mai văzut așa ceva? Cum arăta? La ce servea? A fost folosită vreodată și la altceva decât pentru a urina?*
- *Tu ai așa ceva?*
- *S-a întâmplat vreodată să fii atins acolo?*
- *S-a întâmplat vreodată să-ți fi provocat cineva vreo durere în acea zonă? Ce anume? Cine a fost acea persoană?*

c. *Jocul liber* al copilului este și el un mijloc de observare a preocupărilor acestuia. Evaluatorul poate intra în jocul copilului, prin construirea unor scenarii care reproduc activități cotidiene, ca luarea mesei, baia, statul pe oliță, pregătirea pentru culcare etc. Copilul poate fi invitat să demonstreze prin jocul cu păpușile sau figurinele de animale cum sunt ele spălate de către mama sau tata, cum și unde sunt culcate, când se trezesc și altele asemenea. Unii copii se arată înfricoșați în unele din aceste situații și proiectează pe seama figurinelor folosite propriile lor experiențe (nu lasă păpușile să doarmă, le pedepsesc, le amenință cu pedepse pe care le-au trăit și ei. Se va semnala anxietatea, agresivitatea, frica sau evitarea exprimată de copil dar jocul va demonstra existența abuzului numai atunci când copilul va face efectiv demonstrația relelor tratamente la care este supus (Hewitt, 1999, p. 120).

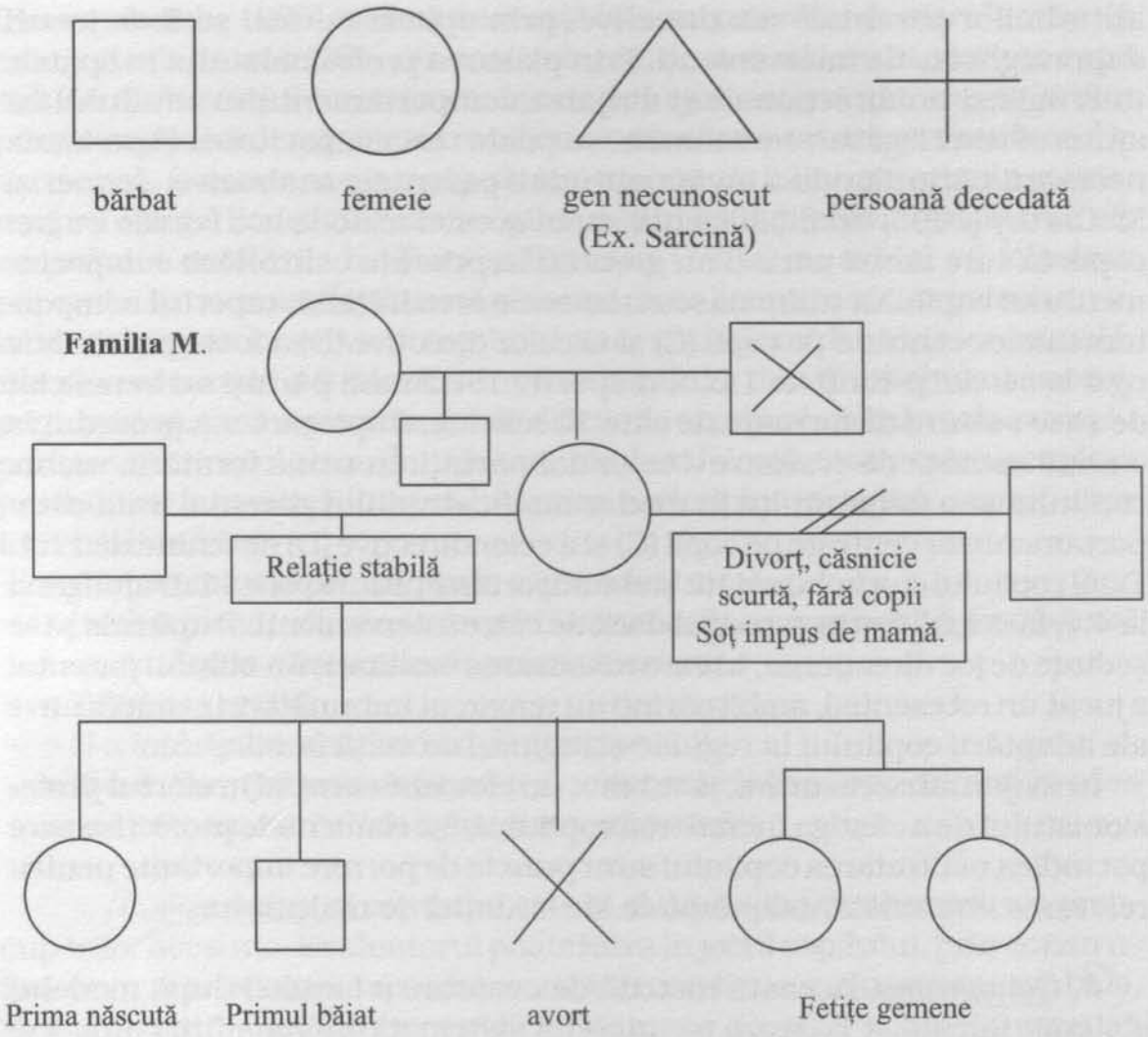
O formă de joc părinte-copil, utilizată inițial în scop terapeutic, de formare la părinți a toleranței față de copii, a fost adaptată de către Jenner și McCarthy (1995) sub forma unui instrument de evaluare cantitativă a nivelului de funcționare parentală. Acest instrument raportează comportamentul directiv la cel nondirectiv utilizat de părinte în jocul cu propriul copil. Materialele folosite pentru joc sunt cele tipice pentru vârsta copilului dat. S-a dovedit că părinții cu un risc crescut de rele tratamente au tendința de a aplica preponderent metode directive, față de cele nondirective. Avantajul metodei este de a putea fi utilizată ca mijloc de formare a

atitudinilor parentale nondirective, prin aplicarea unei serii de jocuri supravegheate de intervenienți. Prin plasarea profesionistului în spatele unei oglinzi unidirecționale și dirijarea comportamentului adultului cu ajutorul unei legături radiofonice, se poate testa capacitatea și perioada necesară părinților de a învăța atitudini parentale neabuzive. Jenner și McCarthy (1995) exemplifică utilizarea acestei metode la o familie cu trei copii, la care ambii părinți au greutăți în privința controlării comportamentului copilului ultim născut. La evaluarea inițială, raportul comportamentelor centrate pe copil (C) și al celor directive (D) a fost aproximativ egal la cei doi părinți de 1:3,5, respectiv 1:4. Ambii părinți au beneficiat de șase sesiuni de formare de câte 10 minute, după care s-a procedat la o nouă ședință de evaluare a celor doi părinți. În urma formării, mama copilului și-a îmbunătățit în mod semnificativ stilul parental, rata comportamentelor centrate pe copil (C) și a celor directive (D) devenind de 11:1. Tatăl copilului și-a îmbunătățit și el comportamentul, raportul C:D ajungând la 4:1, fără însă a atinge pragul dorit de către intervenienți. După cele șase ședințe de joc direcționat, în care măsurarea cantitativă a stilului parental a jucat un rol esențial, ambii părinți au remarcat îmbunătățiri semnificative ale adaptării copilului la regulile și regimul de viață familial.

În majoritatea cazurilor, jocul este un element esențial în efortul profesionistului de a câștiga încrederea copilului, iar elementele proiective care pot indica maltratarea copilului sunt puncte de pornire importante pentru relevarea circumstanțelor faptice ale situației de maltratare.

d. Genograma. Această metodă de evaluare a familiei după modelul sistemic familal se bazează pe interviul sistematic cu membrii familiei și are ca obiectiv reprezentarea grafică a modelelor de relaționare și adaptare din familia restrânsă și cea largă (Sherman și Fredman, 1989). Interviul privind evenimentele semnificative din viața membrilor familiei, ca de exemplu moartea, boala, nașterile, căsătoriile, divorțurile și recăsătoriile, succesele răsunătoare sau regresele, va permite analiza acestora din punctul de vedere al valorii lor de modele familiale. Se vor putea desprinde alianțele familiale din și dintre diferitele generații, precum și modul în care se regăsesc aceste modele la nivelul diadelor relaționale actuale. Pentru evaluarea atitudinilor de neglijare și de maltratare a copilului, interviul va avea ca axă importantă depistarea stilului parental restrictiv și punitiv, respectiv a acelor atitudini dominante familiale care pot conduce la vătămarea copilului, precum și - ceea ce este tot atât de important - la evaluarea resurselor energetice, emoționale, de suport intern sau extern ale familiei. Vom prezenta în continuare câteva repere pentru utilizarea acestei metode.

Cu simbolurile de mai jos se poate nota genograma unei familii, pe două, sau mai multe generații și relațiile durabile (cu linii continue), respectiv cele tensionate (cu linii discontinue).



Vrând să obținem date despre familia M., reprezentată în genograma de mai sus, privind cauzele toleranței scăzute a mamei față de fetița ei cea mai mare, Ioana, ajunsă la vârsta pubertății, am căutat să înțelegem modelele parentale din familia ei de origine. Prin interviu am aflat despre prima căsătorie a mamei, la vârsta de 17 ani, cu un bărbat de 28 de ani, căsătorie dorită în mod special de mama ei, care și-a impus punctul de vedere, punând capăt de prea timpuriu vieții libere a fetei celei mai mari. După doar doi ani de căsnicie ea a divorțat, de comun acord cu fostul soț, care s-a dovedit a fi impotent. Din interviu am mai aflat că, la rândul ei, bunica s-a căsătorit după ce a rămas însărcinată, iar soțul ei a murit curând după nașterea celui de-al doilea copil. De atunci, bunica a trebuit să fie și mama și tatăl copiilor ei, ceea ce a dus la aplicarea unor pedepse prea grave și unui control accentuat mai ales al fetei ei mai mari. Din genogramă transpare repetarea la mamă a modelului autoritar de pe urma căruia ea însăși a avut de suferit.

Interviul va începe cu prezentarea scopului realizării genogramei, anume acela de a documenta istoria problemei evaluate cu date reale ale istoriei

familiei. Înregistrarea genogramei are loc, pe cât se poate, în prezența majorității membrilor familiei, mai ales a celor capabili și interesați să înțeleagă importanța relațiilor familiale. În prima fază, se va cădea de acord asupra temelor majore abordate (de exemplu, atitudinile parentale, opoziția copiilor față de părinți, dificultățile de integrare socială etc.). Tulburările de comportament ale unor membrii ai familiei sunt considerate a fi purtătoare ale modelelor de rezolvare a tensiunilor familiale în familia respectivă.

În a doua fază se va descrie istoria și evoluția familiei nucleare, din momentul în care cei doi părinți s-au cunoscut:

- câți ani au avut;
- ce s-a întâmplat în viața lor în acea perioadă;
- cum a decurs perioada de curte;
- cum a fost nunta;
- cum a decurs prima perioadă de conviețuire;
- care a fost consecința nașterii primului copil asupra căsniciei;
- care este în prezent poziția în familie a fiecărui copil;
- evoluția stării de sănătate a membrilor familiei;
- evoluția carierei profesionale a adulților și a copiilor.

În a treia etapă se va discuta istoria familiei lărgite. Ca teme pot fi abordate:

- poziția mamei (a tatălui) printre proprii frați și legăturile lor fraternale;
- poziția și funcția din trecut și din prezent a bunicilor din partea mamei, respectiv a tatălui;
- date privind educația, sănătatea, profesia și căsniciile membrilor familiei lărgite;
- date privind moștenirea culturală;
- date privind evoluția stării materiale a familiei;
- legăturile dintre familie și comunitatea etnică, religioasă, cu vecinătatea etc.

Reprezentarea grafică a genogramei se va completa cu numele, evenimentele și datele relevante care pot fi aduse în relație cu evenimentele din familia nucleară. Se vor descrie granițele emoționale și fizice ale familiei, gradul ei de deschidere către influențele venite din afara ei. Astfel, genograma va sintetiza grafic un mare număr de date obținute pe cale verbală, permițând membrilor familiei să-și construiască o imagine a propriilor relații și moșteniri familiale. Conștientizarea surselor de tensiuni și a resurselor energetice va constitui un punct de pornire pentru reconstruirea unor relații familiale și pentru valorizarea experiențelor pozitive.

CONCLUZII

Calitatea procesului de evaluare depinde în mare măsură de abilitatea profesionistului de a organiza activitatea de culegere de informații de la persoanele implicate în situația de maltratare. Copilul va dezvălui relele tratamente al căror subiect este dacă evaluatorul va avea abilitatea de a inspira încredere copilului, dacă el va fi sensibil la traumele suferite de copil și dacă va folosi cu pricepere tehnica punerii întrebărilor, jocul, desenul și altele. Evaluarea este un proces complex, multidimensional, care va ține cont de informații ce provin din surse multiple, a căror semnificație poate fi interpretată în funcție de contextul cultural și social al vieții copilului. Datele obținute prin evaluarea situațiilor de maltratare poartă amprenta subiectivității copilului și a aparținătorilor săi, dar profesioniștii au la îndemână metode prin care să câștige încrederea copilului și să îl ajute să dezvăluie nu numai date privind persoana care a comis un abuz, dar și să ceară sprijin pentru a ieși din situația de maltratare.

Metodele prezentate mai sus permit evaluarea situațiilor de maltratare a copiilor pentru:

- confirmarea sau infirmarea rapoartelor privind maltratarea copilului;
- aprecierea severității relelor tratamente constatate;
- evaluarea consecințelor relelor tratamente;
- adunarea și prezentarea unor date care să servească interesele copilului în caz de proces;
- evaluarea eventualității repetării relelor tratamente aplicate copilului;
- aprecierea familiei sau a mediului de viață a copilului din perspectiva gradului de siguranță sau a primejdiei pe care o reprezintă pentru viața sau dezvoltarea copilului;
- evaluarea nevoii de implicare a unor servicii specializate, pentru reducerea riscului de maltratare a copilului.

Succesul evaluării nu depinde doar de abilitatea intervievatorului sau de metodele utilizate, ci și de existența unui cadru formal care să susțină primatul intereselor copilului față de cele ale tuturor celorlalte persoane implicate în situația de maltratare. Un astfel de cadru legal ar trebui să poată pune copilul în siguranță imediat ce suspiciunea de abuz se dovedește a fi întemeiată și să asigure efectuarea neîntârziată a tuturor procedeelor de colectare de informații. În cazul în care evaluarea va dovedi relele tratamente ale copilului, succesul evaluării nu se va putea măsura doar prin acuratețea informațiilor obținute, ci și prin modul în care ea se va insera în ansamblul procesului de intervenție în sprijinul copilului.

Note explicative

1. În legislația românească (prin ordonanța de urgență 26 din iunie 1997) *oricine are dreptul* să sesizeze direcțiile de protecție a drepturilor copiilor dacă un copil este expus violențelor de orice fel. În majoritatea țărilor occidentale profesioniștii care vin în contact cu copii (medici, cadre didactice, educatori etc.) au *obligația să sesizeze* autoritățile de protecție a copiilor dacă suspectează că un copil este expus relelor tratamente.

2. Modelul Centrului pentru copii și familie din Carolina de Nord, elaborat de către echipa de medici, psihologi și asistenți sociali condusă de Dr. Runyan (Chapel Hill, 2000).

3. H., Vanderbilt, 1992, Feb., Incest, a chilling report, Lear's Pub. (material preluat prin bunăvoința "The children's Mental Health Allience", New York, 1997).

4. Echipa de medici, psihologi și asistenți sociali condusă de Dr. Runyan (Chapel Hill, 2000) a avut bunăvoința să ne pună acest material la dispoziție.

5. Adaptare după Epstein, Bishop, Levin (1978).

CAPITOLUL 4

PREVENIREA MALTRATĂRII

Colette JOURDAN-IONESCU

1. Reziliență și factori de protecție

2. Programe de prevenire a maltratării

2.1. Programe de prevenire primară

2.2. Programe de prevenire secundară

2.3. Programe de prevenire terțiară: familia de sprijin

Să previi înseamnă să acționezi în așa fel încât probabilitatea apariției unui eveniment să se reducă, iar consecințele umane și sociale ale acestuia să se limiteze (Sélosse, 1991).

Prevenirea se referă la un ansamblu de măsuri luate pentru a lupta împotriva apariției și dezvoltării unei probleme precum maltratarea. Societatea este cea căreia îi revine datoria de a preveni maltratarea, cu atât mai mult cu cât este vorba despre un fenomen determinat în principal de contextul socio-cultural.

În mod tradițional, diferitele contexte de aplicare ale programelor de prevenire permit delimitarea a trei niveluri:

- *prevenirea primară* oferă servicii populației în general și vizează diminuarea prevalenței sau prevenirea apariției maltratării. Prevenirea în sens strict (Fröhlich, 1997) este cea care face posibilă evitarea unor situații de risc, prin informare, prin ridicarea nivelului de cunoștințe și prin sensibilizarea asupra problemei;
- *prevenirea secundară* creează servicii orientate spre grupurile care prezintă un risc ridicat de a deveni victime ale maltratării sau agresori. Se încearcă prin depistare precoce și prin tratarea primelor semne să se evite dezvoltarea maltratării;

• *prevenirea terțiară* oferă servicii victimelor maltratării sau agresorilor în vederea diminuării recurenței maltratării sau a consecințelor acesteia. Se lucrează asupra mediului pentru a încerca înlăturarea condițiilor care favorizează sau chiar întreține maltratarea.

Această clasificare pe trei niveluri, în funcție de nevoi, este pusă în discuție de Bouvier (1999) care consideră că nivelul prevenirii terțiare este primul pe plan etic, din moment ce este vorba de ușurarea suferinței și de reducerea consecințelor agresiunilor suferite.

Acest capitol consacrat prevenirii maltratării cuprinde două părți. În prima parte, este prezentat contextul în care se înscrie modelul de prevenire a maltratării. Noțiunile de reziliență și de factor de protecție sunt prezentate pentru a ajunge la necesitatea unui model de prevenire ecologică realizată în parteneriat și orientată către reziliență. În cea de-a doua parte, sunt prezentate exemple de programe de prevenire a maltratării, inclusiv tipul de intervenție terțiară numit "familia de sprijin".

1. Reziliență și factori de protecție

După Werner (1995), reziliența este un concept care descrie adaptarea reușită după expunerea la factori de risc biologici și/sau psihosociali și/sau la evenimente de viață stresante care implică expectația unei ușoare susceptibilități la viitori factori de stres. Reziliența este o caracteristică individuală în care intervin factori de protecție care includ în acelasi timp caracteristici individuale și caracteristici de mediu (Masten și Gramezy, 1985).

Gradul de rezistență la stres variază în timp și este, în parte, dependent de circumstanțele de viață (Rutter, 1985). Copiii care pot fi identificați ca vulnerabili (sau cu o slabă reziliență) la începutul copilăriei nu sunt în mod necesar condamnați pe viață. Invers, chiar dacă sunt descriși ca având bune mecanisme de adaptare (coping) și chiar dacă manifestă un înalt grad de competențe, modul de adaptare al copiilor reziliențși tipul lor de competențe pot varia considerabil (Rutter, 1987).

La un moment dat, pentru un subiect dat, putem specifica nivelul de reziliență care îl caracterizează și îl putem situa pe un continuum care merge de la o fragilitate extremă (slabă flexibilitate adaptativă și tendința de a deveni dezorganizat atunci când este stresat) la reziliența cea mai puternică (bună adaptare la schimbare și folosirea flexibilă a diferitelor strategii de rezolvare a problemelor).

Pentru Sandler *și colab.* (1997), reziliența este rodul unei dezvoltări pozitive care se desfășoară în fața unei situații nefericite. Această definiție

se adaptează foarte bine cazurilor copiilor care au supraviețuit unei boli grave. Barbarin (1994) vorbește de reziliență atunci când se referă la capacitatea de a face cât mai bine față unei situații dificile, de a înfrunta condiții dezorganizate de viață, de a supraviețui și de a se dezvolta, în ciuda unor resurse limitate și a unui mediu defavorizat.

În Introducerea la textele colocviului de la Chateauvallon, *Acești copii care rezistă* (*Ces enfants qui tiennent le coup*), Cyrulnik (1998) spune că reziliența este o «metaforă sugestivă» și dă următoarea definiție: «Să rămânem noi înșine atunci când mediul ne încolțește și să ne urmăm, în ciuda loviturilor sorții, drumul nostru omenesc» (pag. 9). În aceeași lucrare, Guedeney (1998) notează că «reziliența este definită prin menținerea unui proces normal de dezvoltare în ciuda existenței unor condiții dificile». El subliniază că este «un proces complex, un rezultat, efectul interacțiunii dintre un individ și mediul său».

Altfel spus, reziliența este «tendința pe care o are un copil, un adult sau o familie să-și revină după circumstanțe sau evenimente stresante și să-și reia activitățile obișnuite. Reziliența înseamnă puterea de recuperare»[1]. Pe plan epistemologic, reziliența constituie o provocare. Provocarea de a înțelege mecanismele care permit o bună adaptare în fața situațiilor dificile pe care le întâlnim în viață.

Numim *factori de protecție* atributele persoanelor, mediilor, situațiilor, evenimentelor care par să tempereze unele predicții de psihopatologie bazate pe un statut individual cu risc. Aceștia oferă o rezistență la risc. Termenul de factor de protecție este folosit ca termen generic pentru moderatorii de risc și de adversitate care îmbunătățesc evoluția dezvoltării (Werner, 2000). Existența unor factori de protecție se manifestă în circumstanțe negative pe care tinerii trebuie să le înfrunte într-o etapă (sau etape) ale dezvoltării lor.

Trei tipuri de variabile sunt identificate ca factori de protecție posibili pentru copil (Garmezy, 1985):

a) caracteristici biologice, psihologice și socio-afective ale copilului (la nivelul sănătății, al temperamentului, al stimei de sine, al nivelului de dezvoltare);

b) caracteristici ale părinților, ale mediului familial și ale interacțiunilor părinte-copil (disciplină, sprijin etc.);

c) caracteristici ale mediului social (resurse disponibile, susținere socială etc.).

Bazându-se pe perspectiva ecosistemică, *figura 1* din Capitolul 1 ilustrează diferitele niveluri de protecție care pot acționa la o persoană, într-un anumit moment al dezvoltării sale; în fața unui (unor) factor(i) de risc este important să nu uităm că intensitatea riscului intră în joc și poate face caducă eficacitatea diferitelor straturi de protecție prezente.

Kimchi și Schaffner (1997) prezintă un tabel al factorilor de protecție împărțiți în două mari categorii: factori individuali și factori sociali (aceștia din urmă se împart la rândul lor în factori familiali și factori de susținere externă). Factorii de protecție sunt deci factori constituționali și de mediu care îl fac pe copil rezilient, adică el devine capabil să se schimbe pentru a recupera atunci când se găsește în fața unor situații dificile. Elementele de protecție vor permite reorientarea traiectoriei copilului în fața riscului. În absența factorilor de protecție, copilul se poate găsi în situația de eșec scolar (Scott, 1988; Ensmiger și Slurorcick, 1992; Mantzicopolos și Morrisson, 1994), poate prezenta probleme de sănătate mintală (Rutter, 1985; Bearslee, 1989) sau, mai general, o dezvoltare problematică (Hauser *și colab.*, 1985; Bradley *și colab.*, 1994). Datorită factorilor de protecție, copilul poate avea o foarte bună stare de sănătate (Hauser *și colab.*, 1985; Werner, 1989) sau poate fi supradotat (Cornell și Grossberg, 1987; Olszewski *și colab.*, 1987).

Factorii care sunt eficienți diferă în funcție de mediul de origine al copilului. Deteriorarea sănătății mintale implică o formă diferită de «parentaj», în funcție de mediul de proveniență: avantajat/dezavantajat (Baldwin *și colab.*, 1993).

Cercetarea privind reziliența a progresat în cursul ultimului deceniu. Aceasta a trecut de la identificarea factorilor de protecție statici, asociați unei bune dezvoltări în situații stresante, la un interes pentru mecanismele complexe care permit găsirea unei soluții favorabile în condiții de stres.

De fapt, regăsim aici trei tipuri de variabile (individuale, familiale, de mediu) atât în privința factorilor de protecție, cât și în cea a factorilor de risc. Factorii de protecție nu sunt deci, în mod necesar, inversul factorilor de risc; ceea ce îi caracterizează este intensitatea și rolul pe care îl au în interiorul unei dinamici speciale. O variabilă care poate fi văzută ca un factor de protecție poate deveni un factor de risc dacă se prezintă cu o intensitate extremă. De exemplu, un anumit grad de exigență față de practica școlară poate în mod obișnuit să contribuie la dezvoltarea unor activități care îi permit copilului să-și sporească competențele. Din contră, dacă acest nivel de exigență devine exagerat, poate crea o stare de stres care va duce mai repede la demobilizare, la dezinteres față de orice proces de învățare școlară și la eșec. Să menționăm, în plus, că ceea ce ar putea fi o cerere exagerată

față de un anumit copil, poate să nu pară la fel față de altul. Gradul de intensitate a unui factor, ca și modul de interacțiune cu alți factori pot determina, în mai multe cazuri, calitatea de factor de risc sau de protecție. Calitatea de protecție a unui eveniment dat pare deci a fi determinată de contextul în care se petrece acest eveniment (Masten și Coatsworth, 1995). Această concepție interactivă și tranzacțională a fost prezentată de câțiva autori (Egeland *și colab.*, 1993; Felner *și colab.*, 1995; Jourdan-Ionescu, Palacio-Quintin, Desaulnier și Couture, 1998; Luthar și Zigler, 1991; Rutter *și colab.*, 1990), dar mecanismele și efectele interacțiunii sunt încă prea puțin cunoscute. Studiul factorilor care contribuie la menținerea echilibrului și la o bună evoluție a dezvoltării ar trebui să fie considerat la fel de important ca și studiul factorilor care contribuie la perturbarea acestora. Factorii de risc și factorii de protecție constituie o diadă inseparabilă și trebuie sa fie luați în considerație împreună, dacă dorim să înțelegem mai bine dinamica dezvoltării copilului.

Rutter (1987) arată că protecția sau riscul nu este o calitate în sine a factorului, ci, mai curând, a modului în care un factor interacționează cu ceilalți factori. În absența factorilor de stres, factorii de protecție sau cei de risc ca atare nu au nici un impact. Putem spune chiar că factorii de protecție pot fi ineficienți dacă nu sunt folosiți. Copiii care nu au trăit experiența unor greutăți vor fi vulnerabili mai târziu în viață, ca și cei care trăiesc stări de stres excesiv. Momentele bune sau rele ale vieții oferă copiilor ocazia să se imunizeze, așa cum experiențele precoce, legate de un guturai sau de o infecție banală, construiesc sistemul imunitar. Dacă dorim ca un copil cu risc să devină rezilient, este necesar să îl «înarmăm» făcându-l să își exerseze factorii de protecție. *Tabelul 1* prezintă câteva exemple de factori de protecție pe care i-am folosit în cercetarea realizată în rândul copiilor care frecventează serviciul de intervenție precoce al Centrului local de Servicii Comunitare din Drummondville (Jourdan-Ionescu *și colab.*, 1998).

Necesitatea unui model de prevenire ecologică realizată în parteneriat și orientată către reziliență

Pentru că factorii de risc există și interacționează la nivel individual, familial și comunitar, metodele de prevenire izolate nu pot fi eficace. Trebuie să favorizăm strategii ale diferitelor niveluri de prevenire ecosistemică. Mai mult, trebuie să promovăm strategii de evaluare și de măsurare a eficacității prevenirii.

În 1993, în primul capitol al cărții lor, Singer și Powers au descris modelul clasic static de intervenție în care profesionistul controlează situația de intervenție atunci când se produce criza familială (de exemplu, plasând copilul și concentrându-se pe tulburările și deficiențele copilului și ale

Tabelul 1
Exemple de factori de protecție selectionati pentru copii
(Jourdan-Ionescu și colab., 1998)

Caracteristicile copilului
• abilități intelectuale superioare (măsurate print-un test de inteligență sau determinate în cursul unei întrevederi cu un specialist care cunoaște bine copilul); • bune abilități sociale (copilul intră cu mare ușurință în contact cu ceilalți, atât copii, cât și adulți; este capabil, de asemenea, să mențină bune relații sociale); • stimă de sine pozitivă (copilul manifestă o mare încredere în sine și dă dovadă de siguranță în comportament).
Caracteristicile părinților
• structură educativă adecvată (părinții aplică norme clare și potrivite vârstei și capacităților copilului); • interacțiuni pozitive cu copilul (părinții trăiesc momente agreabile cu copilul realizând diverse activități *împreună*, împărtășind pur și simplu momente cotidiene plăcute: se uită la televizor, mănâncă); • climat familial călduros (ambianță agreabilă în familie, schimburi în mod obișnuit afectuoase).
Caracteristicile mediului în care trăiește copilul
• prezența unei rețele bogate de copii asemeni lui[2] (măsurată prin numărul de copii pe care copilul îi frecventează: prieteni, vecini, colegi de la grădiniță[3], copii ai rudelor); • adult semnificativ în mediul copilului (copilul vede cu regularitate un adult, altul decât părinții; copilul se poate sprijini pe această relație care îi este utilă); • sprijin acordat părinților pentru educația copilului (părinții au acces cu ușurință la sprijinul oferit de bunici, de alte rude, de prieteni, vecini, colegi, pentru a-i susține în rolul de părinți).

familiei acestuia). Ei îl situează în opoziție cu noul model de intervenție familială în care se lucrează cu familia (recunoscând potențialul, forța, capacitățile de învățare ale tuturor membrilor acesteia) și în care se dorește prevenirea problemelor de adaptare, promovarea calității vieții și diminuarea crizelor. Acest nou model permite realizarea rezilienței în familie printr-o alianță reală cu profesioniștii și serviciile de sprijin existente.

Fantuzzo, Coolahan și Weiss (1997) confirmă existența acestei opoziții în câmpul de intervenție preventivă a maltratării. Ei opun abordării exper-

tului, orientată către vulnerabilitate, abordarea partenerială orientată către reziliență (vezi *tabel 2*). Putem considera că aceasta din urmă ne permite să nu descalificăm părinții în numele protecției copilului cu risc, descalificare în legătură cu care Eliacheff (1998) ne avertizează.

Tabelul 2
Compararea abordărilor de intervenție în maltratare
(adaptare realizată după Fantuzzo *și colab.*, 1997)

	ABORDAREA DE CĂTRE EXPERT, ORIENTATĂ CĂTRE VULNERABILITATE	ABORDAREA PARTENERIALĂ ORIENTATĂ CĂTRE REZILIENȚĂ
ȚINTA ?	- deficiență/vulnerabilitate	- forțe / reziliență
DE CE ?	- remedierea problemei	- crearea speranței - prevenirea dificultăților de adaptare a copilului
CÂND ?	- în momentul unei crize	- prevenire primară sau secundară (intervenție precoce)
UNDE ?	- medii specializate	- mediul natural
CE ȘI CUM ?	- intervenție construită a priori de către experți externi	- intervenție concertată, în echipa de parteneri informați - alternative multiple de intervenție - construirea împreună a intervenției în parteneriat
CINE ?	- experți sau coordonare de către experți pentru implementarea și evaluarea intervenției	- echipe de parteneri în implementarea și evaluarea intervenției

În abordarea partenerială orientată spre reziliență, ținta intervenției se mută de la vulnerabilitatea constatată în situația-problemă la forțele prezente, la capacitatea de reziliență a copilului și a sistemului său familial. Evaluarea prealabilă a capacității de reziliență este deci necesară. Nu se mai încearcă remedierea problemei, ci crearea speranței, indiferent de situație, și prevenirea dificultăților de adaptare ale copilului. Intervenția nu trebuie deci să se facă numai când se constată o criză, ci trebuie să fie preventivă sau foarte precoce. Abordarea ecosistemică aduce cu sine o evoluție a concepției asupra îngrijirilor care nu trebuie să fie restrânse la un mediu specializat (de exemplu, Centre de protecție a copilului), ci trebuie să se desfășoare în mediul natural, în comunitatea de viață a persoanelor în cauză. Intervenția se numește partenerială pentru că nu este construită din exterior, de către experți, ci este stabilită în concertare de către diverși actori implicați și de către familie. Este foarte important ca intervenția să fie aleasă dintre toate alternativele posibile și să includă mai multe moduri de abordare a problemei. Intervenția preventivă trebuie să fie, de asemenea, realizată în parteneriat. Construirea intervenției în parteneriat ține cont mai întâi de nevoile exprimate de persoanele pentru care se construiește intervenția. Plecând de la nevoile individului, ale familiei sale, este evident că intervenția are mai multe șanse de a fi eficace.

Fantuzzo *și colab.* (1997) subliniază necesitatea de a dezvolta cercetarea asupra strategiilor de intervenție în favoarea copiilor vulnerabili. În concluzia la capitolul lor, autorii menționează că pentru cercetători este esențial să pună în practică astfel de modele care să respecte riguroasele metode științifice de măsurare. Totuși, lucrul în parteneriat, orientat către reziliență și care ține cont de realitățile și de resursele mediilor, constituie o provocare, în special pentru realizarea unor programe de prevenire adaptate fiecărui context socio-cultural.

În perspectiva realizării prevenirii în favoarea copiilor cu risc, pare potrivit să se dorească dezvoltarea factorilor de protecție individuală și de mediu care ar putea să le permită acestora să se adapteze mai bine. Dezvoltarea factorilor de protecție va putea să frâneze evoluția unor probleme de comportament și/sau de dezvoltare în fața unei situații de risc. Până acum, studiile referitoare la factorii de protecție se limitează numai la identificarea acestora (Kimchi și Schaffner, 1990; Hauser *și colab.*, 1985; Rutter, 1987; Mantzicopoulos și Moriss, 1994). Așadar, în viitor, este necesar să se elaboreze programe de prevenire care să se bazeze pe dezvoltarea factorilor de protecție în funcție de diferitele medii de viață ale copilului.

2. Programe de prevenire a maltratării

Există un vast evantai de programe de prevenire a maltratării. Nu vom cita decât câteva exemple, astfel încât să ilustrăm în mod concret prevenirea primară și secundară. Programele de prevenire primară se adresează întregii populații și vizează sensibilizarea copiilor și familiilor la riscurile de maltratare.

2.1 Programe de prevenire primară

Figurând în repertoriul programelor și activităților de prevenire a abuzului și neglijării din Montérégie[4] (Guay, Brousseau, Stewart, Hamel și Hemond, 1998), activitatea numită *Petit prudent partout* («Micuțul prudent pretutindeni») se adresează copiilor de la grupele pregătitoare (adică, în Quebec, celor de cinci ani) și celor din primele trei clase primare. Materialul acestei activități a fost distribuit în toate grădinițele din Quebec. Activitatea *Petit prudent partout* vizează prevenirea violenței fizice și sexuale, favorizarea identificării situațiilor de violență sau de exploatare și, în fine, depistarea victimelor abuzurilor fizice și sexuale. Activitatea se poate desfășura fie într-o ședință de două ore, fie în două ședințe de câte o oră și începe prin proiectarea unui film («Eu vorbesc despre asta», despre abuzul fizic și «Eu spun NU», despre abuzul sexual) urmată, de o etapă de animare, de co-

mentarii și de reflecție. În fine, noțiunile prezentate sunt reluate cu ajutorul a două cărți (care poartă aceleași titlu ca și materialele audio-vizuale).

Adaptat la programul american *Child Assault Prevention Project* (Proiectul de prevenire a abuzului copilului), conceput în 1978 de grupul *Women against rape* (Femeile împotriva violului) din Columbus (Ohio), programul *ESPACE* există în Quebec din 1985 și este foarte difuzat în toate grădinițele și școlile primare. Acest program se adresează preșcolarilor și școlarilor din clasele primare, ca și adulților de lângă ei (părinți și personal din școli). Sunt oferite trei tipuri de ateliere, animate de persoane special formate:

- un atelier de 2h1/2, cu doi animatori, care se adresează personalului școlar și din grădinițe. Accentul se pune pe prevenire, pe identificarea situațiilor posibile și pe intervenția în situații de criză;
- un atelier de trei ore, cu doi animatori, care se adresează părinților. Se pune accentul pe prevenirea situațiilor de abuz și pe importanța unei bune comunicări cu copilul;
- un atelier cu trei animatori, pentru copii, care are loc întotdeauna după celelalte două. Pentru copiii din grădiniță sau din clasele pregătitoare, atelierul se desfășoară pe durata a trei zile consecutive, timp de 30 minute pe zi. Pentru elevii din clasele primare, durează o oră și un sfert. Realizat în grup («grup-clasă»), acest atelier se referă la drepturile copilului și la strategiile concrete de prevenire, de exemplu, tehnicile de autoapărare. Atelierul se realizează prin discuții de grup, prin puneri în situație (cu marionete, pentru cei mai mici, și jocuri de rol, pentru cei mai mari).

Pentru prevenirea abuzului comise împotriva copiilor, programul *ESPACE* prevede șase obiective, precum și modalitățile de realizare a acestora:

1. scăderea vulnerabilității copiilor (prin informare referitoare la drepturile pe care le au, prin învățarea de strategii care să le permită să facă față abuzurilor, încurajând întrajutorarea între copii, identificând adulții responsabili care îi pot ajuta);
2. copiii vor învăța în mod concret cum să se apere verbal și fizic și cum să povestească faptele (prin intermediul pieselor de teatru, copiii sunt invitați să participe activ la atelier și să învețe tehnici de autoapărare);
3. «liniștirea» adulților implicați (părinți, profesori, personal administrativ, personal de serviciu, profesioniști din mediul școlar sau din grădiniță), oferindu-le o descriere detaliată a atelierului copiilor înainte ca acesta să aibă loc, folosind o abordare și un limbaj simplu pentru a discuta problema abuzului și răspunzând la întrebările lor;
4. sensibilizarea adulților în legătură cu responsabilitățile lor, informându-i despre abuz și prevenirea acestuia, prezentându-le activitățile de prevenire pentru școală și pentru acasă, definind rolul fiecăruia în prevenire;

5. abilitarea adulților să recunoască situații de abuz (identificarea unui copil abuzat, ghid de intervenție în situații de criză, informații privind semnalarea unui caz centrului de protecție a copilului);

6. oferirea de ajutor copiilor victime ale abuzului. Animatorii sunt atenți la semnele de anxietate ale copiilor în timpul atelierului și le oferă acestora posibilitatea de a sta de vorbă împreună, singuri, după atelier. În acest moment, dacă este necesar, vor orienta copilul către specialiști care vor continua să-l ajute. Întâlnirile individuale copil-animator fac posibil schimbul de idei în legătură cu situațiile trăite sau despre care copii au auzit vorbindu-se, experimentarea unei soluții pentru problemele care apar, punerea în practică a tehnicilor învățate în timpul atelierului și alegerea persoanelor cărora li se poate cere ajutor. În timpul atelierului, copiilor li se oferă o listă de persoane resursă ale comunității.

O evaluare a eficacității acestui program a fost realizată de Hébert, Lavoie, Piché și Poitras (1999) în rândul a 133 copii (64 în primul an și 69 în cel de-al treilea). Un chestionar de cunoștințe cu 11 întrebări a fost completat de către fiecare copil (de exemplu, întrebarea 8: «Chiar și cineva pe care îl iubești te poate atinge într-un fel care nu te face să te simți bine»; răspunsuri posibile: *Da, Nu, Nu știu*). Apoi, s-a încercat măsurarea abilităților preventive. Cinci scurte puneri în situație au fost prezentate succesiv pe video unui mic grup de copii (patru situații abuzive sau potențial abuzive și una neabuzivă). După fiecare punere în situație, fiecare copil a mers la un operator de cercetare care i-a cerut să răspundă la două întrebări: ce ar face în fața unei astfel de situații (răspuns așteptat în funcție de categoriile de abilități preventive predate în timpul atelierului) și dacă este vorba despre o situație potențial abuzivă. Evident operatorii au pus întrebari suplimentare atunci când copiii au dat răspunsuri ambigue. Înregistrate și după aceea retranscrise, răspunsurile copiilor au fost apoi codificate în răspunsuri greșite, răspunsuri potrivite sau răspunsuri ambigue. Măsurătorile au fost completate cu un chestionar scurt de evaluare a satisfacției copiilor față de atelierul la care au participat. Pentru a cunoaște caracteristicile sociodemografice ale participanților, ca și reacțiile observate de părinți la copii față de program (comportamente pozitive și negative), li s-a adresat un chestionar și părinților.

Rezultatele obținute de Hébert *și colab.* arată că, față de copiii din grupul martor, copiii din grupul exprimental obțin scoruri mai ridicate la măsurarea cunoștințelor și a abilităților preventive, în urma participării la atelier. Elevii spun că au apreciat atelierul de prevenire, că au învățat multe lucruri și că ar vrea să continue. Intervenția favorizează în 2/3 din cazuri dialogul dintre copii și părinții lor. În plus, jumătate din părinți notează o creștere a comportamentelor pozitive la copiii lor.

Așadar, programul de prevenire *ESPACE* pare a fi eficace pentru creșterea nivelului de cunoștințe și al abilităților elevilor din clasele primare de a face față unei situații de abuz.

Pentru a răspunde întrebărilor tinerilor între 5 și 20 de ani, pentru a-i informa și a-i asculta atunci când trăiesc o situație dificilă, în 1991, a fost creată în Quebec o linie telefonică gratuită: *Tel-Jeunes* (Guay *și colab.*, 1998). Această linie gratuită și confidențială funcționează 24 ore din 24, iar procedura respectă întotdeauna aceleași etape. Când sună un tânar, este întâmpinat, se identifică problema, se sugerează piste de rezolvare, se face orientarea către un adult de încredere sau către o resursă specializată corespunzătoare și, în sfârșit, se trage o concluzie, iar copilul este invitat să mai sune. În cazurile mai dificile, există posibilitatea continuării discuțiilor telefonice cu aceeași persoană, în ritmul de un telefon pe săptămână. Echipa este compusă din diferiți profesioniști remunerați și angajați cu normă întreagă (educatori specializați, psihologi, lucrători sociali, sexologi) cu experiență în lucrul cu tinerii. Acești profesioniști beneficiază de o formare continuă. Numărul de apeluri este foarte ridicat (102.000 apeluri în 1994-1995), iar principalele subiecte abordate sunt problemele legate de o relație amoroasă, sexualitate, relațiile părinți - copii, relațiile cu prietenii, ideile de suicid, problemele legate de consumul de droguri, de alcool sau de medicamente, abuzurile (8% dintre tineri sună pentru a vorbi despre abuzuri fizice sau sexuale).

Adresându-se în mod special tinerilor de 14 ani, programul oferit de organismul *Mouvement de Sensibilisation pour une Enfance Meilleure* - SEM (Mișcarea de Sensibilizare pentru o Copilărie mai Bună) se desfășoară la nivelul școlilor secundare din Quebec, în timpul unei singure întâlniri (Audet, 1993). În cadrul întâlnirii, se prezintă organismul, se discută despre abuzurile la care pot fi supuși copiii, precum și statisticile și resursele existente. Obiectivul final al întâlnirii este de a-i face conștienți pe tineri de propriile comportamente și de importanța de a acționa, astfel încât violența să înceteze. În general, tinerii regretă că nu există decât o singură întâlnire.

Realizat în 1984 de Oficiul Național al Filmului Canadian și de *Green Thumb Theater*, materialul video «*Mon corps c'est mon corps*» (Corpul meu este al meu) este, în prezent, cunoscut în întreaga lume. Acesta a fost, într-adevăr, primul material realizat pentru a evoca abuzurile sexuale comise împotriva copiilor și pentru a-i învăța pe aceștia să vegheze la propria lor siguranță. Partea care se adresează părinților și profesorilor (27 minute) se referă la abuzul sexual (natură, consecințe etc.) și oferă sugestii de intervenție în cazul unui copil abuzat. Cele trei părți ale materialului care se adresează copiilor (43 minute) evocă seria de atingeri (atingeri pozitive,

atingeri echivoce și atingeri forțate sau de exploatare) ceea ce se resimte, ce trebuie făcut în prezența unui potențial abuzator. În urma vizionării acestui material, se organizează o discuție prin care se verifică dacă mesajele importante au fost înțelese bine de către copii (în acest scop, un ghid de animare este oferit învățătorului). Pentru copii se organizează două întâlniri succesive de câte o oră.

Elaborată pentru tinerii adolescenți (12 - 14 ani) din Quebec, trusa de prevenire *Chère Julie* (Dragă Julie) include o diaporamă și un chestionar (Guay *și colab.*, 1998). Pentru prezentarea acestui program, este necesară o întâlnire de o oră și un sfert. Aceasta începe printr-o expunere de 20 minute despre incest (expunere care poate fi făcută de o persoană care a trăit o situație de incest), după care este prezentată diaporama «Dragă Julie, îmi este foarte greu să-ți vorbesc despre marele meu secret», diaporamă care vorbește despre o situație de incest tată-fiică (13 minute). Adolescenții completează apoi un chestionar în care își exprimă impresiile și sentimentele. Întâlnirea se încheie cu discuții.

Documentul difuzat pe internet de către Ministerul francez al Solidarității, al Sănătății și al Protecției sociale, de Secretariatul de Stat pentru familie (www.prevention.ch/lesabussexuels.html, consultat pe 14 noiembrie 2000) se adresează tuturor familiilor care au copii mici. Acest document de prevenire a fost conceput și elaborat în colaborare cu ziarul *Astrapi*. Materialul permite părinților să dispună de elementele necesare abordării temei abuzului sexual împreună cu copilul lor. Sunt prezentate inclusiv mijloace de protecție. La sfârșitul materialului, se găsește un test pe care copilul îl poate face pentru a-și lua «permisul de prudență».

Programul de prevenire CARE (*Child Abuse Research and Education*) include ședințe de informare și de sensibilizare despre abuzul sexual, care se adresează preșcolarilor și copiilor din școala primară din Quebec (Guay *și colab.*, 1998). Trusa conține o carte pentru copii, marionete, 12 cartonașe cu mesaje care să stârnească interesul și dorința de a comunica, afișe și cartonașe cu teme de discuții. Acest program s-a dovedit foarte eficace. S-a observat o creștere a nivelului de cunoștințe ale copiilor și a abilităților acestora de a preveni abuzurile sexuale. Eficacitatea decurge, fără îndoială, din faptul că programul este eșalonat timp de trei-șase săptămâni, în ritm de trei întâlniri de câte 15 minute pe săptămână.

Elaborată de un comitet de pilotaj format din profesioniști competenți, caseta *Forum despre prevenirea agresiunilor sexuale* (Asociația interprofesională specializată în prevenirea abuzurilor sexuale, AISPAS, 1997) are următoarele obiective:

- creșterea stimei de sine la copilul de 6 - 12 ani, recunoașterea valorii sale personale, inițierea în privința drepturilor și obligațiilor personale;
- copilul va învăța să evalueze situațiile potențial periculoase (într-o mașină, într-un parc, în baie, la piscină etc.) și va încerca să-și stabilească reguli de autoprotecție;
- deculpabilizara copilului și încurajarea exprimării, atunci când devine el însuși o victimă;
- identificarea persoanelor resursă (din jurul lui sau dintre profesioniști) pentru a pune capăt abuzului și a găsi sprijin și protecție.

Prin concepția sa dinamică (succesiunea de secvențe ale unor situații care se pot întâlni, întretăiate și întărite cu clipuri muzicale și cu intervale de discuție) și prin asocierea casetelor video și a benzilor desenate. Acest program de prevenire permite animarea dezbaterilor sensibilizând copiii la problema agresiunilor sexuale și dezvoltarea unui spirit critic în căutarea soluțiilor.

2.2 Programe de prevenire secundară

Osofsky și Dewana Thompson (2000) amintesc că intervențiile preventive sunt benefice pentru copii și pentru familiile lor prin impactul imediat și prin consecințele pe termen lung (reducerea posibilității de apariție a tulburărilor de comportament, reducerea riscurilor de maltratare și delincvență). Garbarino și Ganzel (2000) împărtășesc aceeași opinie și subliniază ca cercetătorii, politicienii și clinicienii trebuie să răspundă provocării de a refuza să se lase pradă disperării în fața conspirațiilor ecologice ale căror victime sunt unii copii care provin din medii cu risc social ridicat. Programele de prevenire secundară care se adresează populațiilor cu risc reprezintă o barieră în fața acestui risc social.

Programul *Jeunes mères* – Tinere mame (Guay *și colab.*, 1998) a fost elaborat în Quebec de către Centrul Local de Servicii Comunitare din Sorel. Scopul acestui program este limitarea izolării în care trăiesc tinerele mame (cu vârsta mai mică de 21 de ani), astfel încât să se reducă riscul de abuz și de neglijență față de copiii lor. Prin intermediul unor întâlniri de grup și al unui serviciu de supraveghere în timpul acestor întâlniri, se dorește crearea unei rețele de susținere și a unui loc de discuție pentru aceste tinere mame.

În ceea ce privește prevenirea neglijenței la familiile din mediile socio-economice și culturale defavorizate, se poate cita *Projet répit* («*Proiectul răgaz*»), care a fost realizat în Quebec, pentru a întări competențele parentale și a diminua riscul de maltratare (Guay *și colab.*, 1998). Adresându-se părinților cu risc de neglijență și copiilor acestora de 2–5 ani, acest proiect include

întâlniri între părinți și un lucrător comunitar, pentru a discuta despre nevoile părinților, despre competențele parentale, despre disciplină, precum și întâlniri cu educatoarele din grădinițe pentru a discuta despre nevoile și comportamentul copiilor. De asemenea, proiectul mai include și un program de stimulare timp de două zile pe săptămână pentru copiii din grădiniță, în prezența părinților. În fine, mai sunt organizate și întâlniri ale taților cu lucrătorul comunitar pentru a discuta despre relațiile tată – copil.

Modelul eco-behaviorist propus de Lutzker, Bigelow, Doctor, Gershater și Green ia în considerație relația părinte-copii în contextul ecologiei sociofamiliale pentru a dezvolta o intervenție behavioristă eficace. De exemplu, siguranța în casă poate face obiectul unui program de prevenire individualizată adaptat unei familii cu risc de neglijență. Prin acest program, părinții sunt învățați să identifice și să elimine sursele de pericol existente în locuință. Autorii evaluează numărul de pericole potențiale în diferitele camere pe care le frecventează copilul (salon, bucătărie, baie și dormitor) cu ajutorul unei versiuni revizuite a "Inventarului pentru Prevenirea accidentelor domestice" (*Home Accidents Prevention Inventory-Revised*, Tertinger *și colab.*, 1984). Sunt trecute în revistă diferitele surse de pericol: de electrocutare, de sufocare, de otrăvire etc. Antrenamentul începe cu camera cea mai periculoasă și implică stabilirea unor consemne, utilizarea «modelingului[5]», a practicii, oferirea de feed-back și chiar folosirea de casete video.

Pentru familiile care au nevoie de a învăța cum să mențină curățenia este nevoie de o evaluare: fiecare cameră este împărțită în părți cotate în funcție de numărul de articole de spălat.

Pentru a fi eficient, un program de prevenire a maltratării trebuie să fie ecosistemic și să se adreseze în același timp copiilor și adulților din jurul acestora: părinți, personalul din școală sau din grădiniță. O informare de calitate privind maltratarea trebuie să pună în evidență importanța consecințelor acesteia pentru copil. Modul de găsire a soluțiilor se învață în cursul programului. Copilul trebuie să învețe să recunoască situațiile de abuz potențial, să-și respecte propriile sentimente, să se apere și să vorbească despre situațiile-problemă persoanelor fiabile din jurul său și profesioniștilor disponibili. Lucrul pe perioadă îndelungată și revenirea permanentă la conceptele evocate sunt foarte importante pentru copiii cei mai mici. Urmărirea copiilor identificați în momentul aplicării programului ca fiind susceptibili de a trăi o situație de maltratare trebuie să se facă întotdeauna; pe plan etic, aceasta este o obligație.

Unele caracteristici ale programelor de prevenire existente ar putea fi îmbunătățite pentru a obține o mai bună reziliență din partea copiilor. De exemplu, construirea prevenirii în parteneriat de către toți actorii implicați și stabilirea unui parteneriat pentru realizarea acesteia ar permite, fără

îndoială, să se stabilească o rețea mai eficace în jurul copiilor. Mai mult, ar trebui să se urmărească dezvoltarea unor factori de protecție pentru a permite copiilor să fie mereu în măsură să facă față riscului și să se adapteze mai bine.

2.3 Programe de prevenire terțiară: familia de sprijin

Exemplul intervenției *Familia de sprijin* (Jourdan-Ionescu și Desaulniers, 1999) din *Programul de Ajutor Personal, Familial și Comunitar* (PAPFC, Palacio-Quintin, Ethier, Jourdan-Ionescu și Lacharité, 1995) - realizat de diferite Centre pentru Tineri, din Quebec – va face posibilă ilustrarea prevenirii terțiare care răspunde criteriilor abordării în parteneriat orientată către reziliență.

Într-un mod mai mult sau mai puțin formal, toată lumea are nevoie de sprijin în momente dificile, de pildă în cazul unui divorț sau al unei boli grave. Cobb (1976) definește sprijinul social ca faptul de a percepe că cineva are grijă de noi și că ne iubește, ne respectă, ne valorizează și că aparținem unei rețele de comunicare și de obligații comune. Termenul de sprijin se referă atât la sprijin afectiv, cât și la sprijin concret, financiar sau social (Sand, 1987) pe care îl putem obține frecventând o persoană sau un grup și care ne protejează de efectele dăunătoare ale unor evenimente stresante (Sandler, Wolchick, MacKinnon, Ayers și Roosa, 1997).

S-a demonstrat că rețeaua de sprijin social al adultului constituie un factor de protecție foarte eficace în fața situațiilor stresante (Cohen și McKay; 1984; Saranson *și colab.*, 1987). La copilul preșcolar și la adolescent, se știe doar că un sprijin social redus se asociază cu probleme de comportament (Kashani *și colab.*, 1994; Sandler, 1980), cu probleme psihiatrice (Rhodes și Jason, 1990) sau cu apariția unor situații de maltratare (Palacio-Quintin *și colab.*, 1995). Rezultatele lui Palacio-Quintin, Jourdan-Ionescu și Martineau (în curs de apariție) arată că părinții copiilor preșcolari care solicită servicii sociale au o rețea de sprijin social mai slabă decât părinții care nu solicită astfel de servicii.

Numeroase studii au arătat atât la copii, cât și la adulți, că existența unor probleme psihologice este asociată cu percepția unei slabe susțineri (Barrera, 1981; Benson și Deeter, 1992; Greenberg, Siegel și Leitch, 1983; Kaplan, Robbins și Martin, 1983; Palacio-Quintin *și colab.*, în curs de apariție; Singer și Powers, 1993). Sprijinul social joacă un rol important în starea de sănătate fizică și psihologică, acționând ca un «tampon» în situațiile de stres (Hobfoll, Banerjee și Britton, 1994) și având un efect direct asupra bunăstării prin dezvoltarea sentimentului de apartenență și a stimei de sine (Sarafino, 1994; Taylor, 1995).

Pe baza lucrărilor lui Cohen și McKay (1984) sau ale lui Schaefer, Coyne și Lazarus (1981), Sarafino distinge cinci tipuri de sprijin: sprijinul *afectiv* (expresie a empatiei, a interesului față de o persoană), sprijinul *«de considerație»* (care, prin aprecierea pozitivă manifestată față de o persoană, dă sentimentul competenței și valorizează), sprijinul *tangibil* sau *instrumental* (asistență directă), sprijin pe planul *informației* (sfaturi, sugestii, feedback) și susținerea de către *rețea* care procură un sentiment de apartenență la un grup de persoane care împărtășesc aceleași interese și activități sociale. În funcție de circumstanțe și de moment, un individ va avea nevoie de unul sau altul din tipurile de susținere enumerate mai sus.

Schimbările socio-culturale au dus la erodarea sprijinului natural (din cauza distanței față de familia de origine, a micșorării dimensiunii familiei, a mutărilor legate de divorțuri mai frecvente etc.) care trebuie să fie înlocuit de un sprijin organizat. Prin adeziunea noastră la concepția ecosistemică a intervenției, ni se pare logic să ajutăm întreaga familie urmărind mai multe obiective care vor fi realizate cu ajutorul echipei de intervenție. Pentru a răspunde acestei concepții de intervenție, am elaborat *Programul de ajutor Personal, Familial și Comunitar* care se adresează familiilor care își neglijează copiii preșcolari (Palacio-Quintin, Ethier, Jourdan-Ionescu și Lacharité, 1991). Pentru familiile care maltratează, acest program implică participarea la activități de grup (pentru părinți - grupuri de terapie și grupuri de abilități parentale; pentru copiii mici - ateliere de stimulare), o urmărire realizată de către un profesionist responsabil și, în fine, cuplarea cu o familie de sprijin.

Intervențiile de sprijin individualizate, realizate de neprofesioniști au fost inițiate spre sfârșitul anilor 1970-1980 (Weissbourd, 1994), în special pentru familiile monoparentale constituite din tinere mame cu risc de maltratare. De atunci, pentru a desemna persoanele care oferă un sprijin neprofesional se folosesc mai multe expresii: actori comunitari, mama vizitatoare, ajutor natural, părinți de ajutor, paraprofesioniști, părinți voluntari.

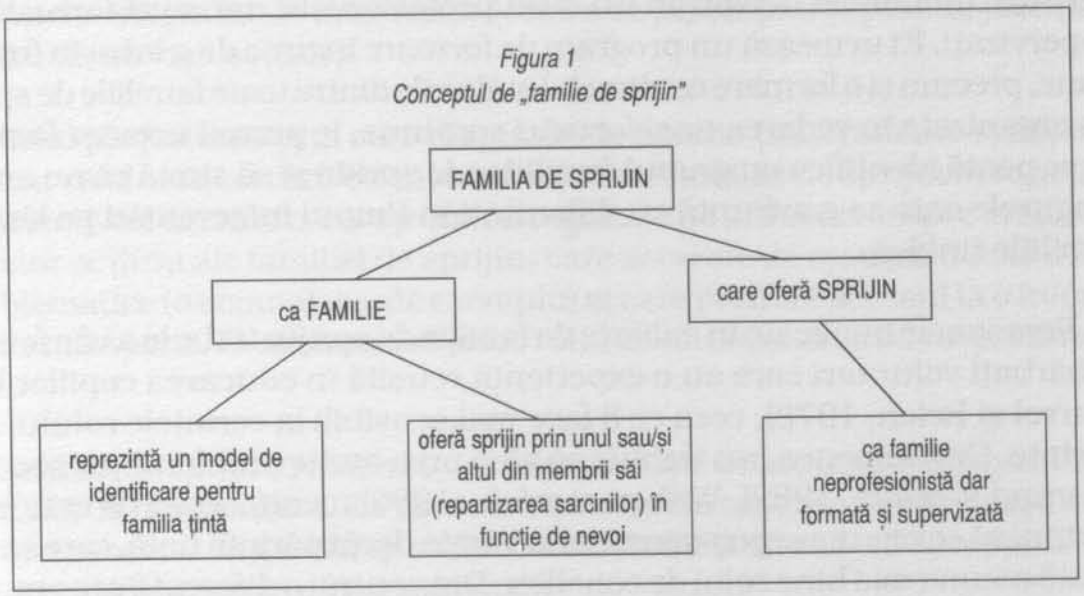
Toate aceste denumiri desemnează o aceeași funcție și anume, «părinți voluntari care au fost pregătiți să ofere mamelor sprijin afectiv și ajutor» (Lines, 1987). În primele lucrări publicate pe această temă, folosirea părinților neprofesioniști este justificată, în special, prin intenția de a se realiza economii, înlocuind profesioniștii cu paraprofesioniștii (Miller *și colab.*, 1985; Lines, 1987; Durand *și colab.*, 1989). Acest aspect pare cu atât mai important cu cât, nu de puține ori, echipa de profesioniști nu are suficient personal sau timp care să fie consacrat clienților (Withey *și colab.*, 1980), iar vizitele la domiciliu iau mult timp.

Mai mult, cele câteva cercetări care evaluează programele în care sunt implicați părinți voluntari au arătat că acest tip de intervenție este eficace și permite, mai ales, o reducere a numărului sau a intensității abuzurilor (Lines, 1987; Barth, 1989) și face să apară un sentiment de satisfacție la mamele care au primit sprijin (Barth, 1989; Durand *și colab.*, 1989). În fine, se mai constată o îmbunătățire a interacțiunii mamă - copil (Durand *și colab.*, 1989) și a funcționării ca părinte (Withey *și colab.*, 1980).

Totuși, după părerea noastră, acest tip de intervenție are două limite. În primul rând, se cere neprofesioniștilor să substituie profesioniștii pentru a sprijini familiile, însă fără a integra întotdeauna acțiunile pe care le întreprind într-un plan de intervenție și, uneori, chiar fără o supervizare a acestora. În al doilea rând, este vorba mai ales de faptul că, pentru a ajuta mamele în dificultate, sunt solicitate femei benevole care nu au o formare specială.

Am adoptat conceptul de «familie de sprijin» («*famille soutien*») pentru a exprima rolul cuplului și uneori și pe cel al copilului, axat pe sprijinul acordat dezvoltării abilităților parentale și îmbunătățirii calității vieții familiei-țintă[6] (Jourdan-Ionescu și Desaulnier, în curs de elaborare). *Figura 1* ilustrează importanța celor doi termeni ai expresiei «familie de sprijin».

Figura 1
Conceptul de „familie de sprijin"



Vorbim, mai întâi, de o *familie* pentru că familiile care neglijează nu au avut un model potrivit cu care să se identifice. Membrii acestor familii provin adesea din familii disfuncționale și au trăit sau au fost adesea martori, în timpul copilăriei, la situații de maltratare sau au făcut obiectul unui plasament într-o familie de primire (ceea ce reprezintă 38% dintre familiile care au participat la programul nostru; Palacio-Quintin, Paquet *și colab.*, 1995). Toate acestea explică incompetențele lor parentale și dificultățile

de a realiza schimbări la acest nivel. Este deci important ca membrii familiei țintă să poată vedea cum trăiește o familie adevărată și să profite de existența unui model de identificare cu o mamă adevărată, cu un adevărat tată, cu adevărați parteneri de viață sau cu copii adevărați etc.

Alegerea termenului de familie de sprijin se referă la acest model de familie completă, care funcționează în cotidian și pe termen lung (părinții din familiile de sprijin nu se despart și nu se gândesc niciodată să-și plaseze copilul, chiar dacă situația este uneori dificilă).

Vorbim de *familie* pentru că diferiții membri ai familiei de sprijin trebuie să se adapteze și să nu se găsească izolați în noul lor rol. O astfel de aventură implică totalitatea familiei prin importanța pe care o capătă ajutorul acordat în anumite perioade. De exemplu, sprijinul partenerului sau înlocuirea de către acesta în perioadele de tensiune îi permite celuilalt să-și recapete forțele pentru a continua mai bine și a putea să ofere familiilor care neglijează o relație durabilă care să răspundă nevoilor acestora.

Vorbim de *sprijin* pentru că rolul pe care trebuie să-l joace aceste familii este unul de susținere. Familiile de sprijin sunt constituite din neprofesioniști și, în această calitate, familiile țintă le vor acorda mai ușor încredere. Părinții din familia de sprijin nu sunt profesioniști, dar sunt formați și supervizați. Ei urmează un program de formare înainte de a intra în funcțiune, precum și o formare continuă. Întâlnirile dintre toate familiile de sprijin organizate în vederea unei formări continue, le permit acestor familii să se poată identifica cu grupul familiilor de sprijin și să simtă că nu sunt singurele care se confruntă cu dificultăți în timpul intervenției pe lângă familiile țintă.

Persoanele implicate în calitate de familie de sprijin trebuie să fie femei și bărbați voluntari care au o experiență reușită în educarea copiilor lor (Carrol și Reich, 1978), ceea ce îi face mai sensibili la cerințele rolului de părinte. De asemenea, nu trebuie să aibă prea multe probleme personale (Durand *și colab.*, 1989). Withey *și colab.* (1980) menționează că este important să se recruteze persoane mai în vârstă decât părinții țintă, care să-și poată asuma mai bine rolul de consilier. Din contră, o diferență prea mare de vârstă riscă să ducă la apariția unor limite în activitățile la care pot participa împreună.

Persoanele care doresc să se constituie în familie de sprijin trebuie să vrea să ofere ajutor, să știe să asculte, să știe să se poarte în societate, să fie disponibile în timpul serii și la sfârșit de săptămână, dacă este nevoie. Motivația în susținerea unei familii pe termen lung este foarte importantă.

Este necesar, totodată, ca membrii familiei de sprijin să aibă bune capacități de comunicare și să dovedească deschidere de spirit, respect față de diferențe și discreție.

Existența unui cuplu constituie un model de identificare și face posibilă susținerea reciprocă. Dacă este posibil, este bine să se recruteze familii de sprijin care provin dintr-un mediu socio-economic și cultural apropiat de familiile care trebuie ajutate, pentru a înțelege mai bine obiceiurile culturale din mediul de viață al acestora.

Tipul de prevenire prezentat aici constituie o alternativă la plasarea copilului, măsură care este adesea aleasă din cauza faptului că profesioniștii care intervin sunt «depășiți» de sarcinile pe care le au și nu pot fi prezenți în viața cotidiană a familiilor țintă așa cum ar dori. Folosind strategia familiei de sprijin, profesioniștii știu că familia țintă este urmărită îndeaproape, fără însă ca ei să renunțe la responsabilitatea pe care o au față de cazurile respective. Familia de sprijin nu urmărește să înlocuiască cu un cost mai redus intervențiile profesioniștilor. Este vorba de o strategie complementară care permite prelungirea intervenției realizate de profesioniști. În calitate de ajutoare naturale, membrii familiei de sprijin pot oferi sfaturi, susținere și acompaniere în viața cotidiană, în special, deoarece ei se găsesc în afara circuitelor obișnuite de intervenție (centre de protecție a copilului, justiție, centre de servicii sociale).

Rolul profesionistului care răspunde de familia țintă rămâne esențial, pentru că el este cel care orientează acțiunile familiei de sprijin în funcție de obiectivele urmărite, care pune cu regularitate întrebări despre evoluția acestor acțiuni ale familiei de sprijin, care servește de resursă în cazurile problematice (o semnalare, de exemplu) și care permite accesul la o informație mai veche. El continuă să joace rolul de «tată», și asigură respectarea legii.

Familia de sprijin trebuie să dezvolte o relație de acompaniere durabilă și fiabilă cu familia țintă. Ea va «materna» familia care are nevoie de ajutor. Pentru aceasta, va găsi timp să facă cunoștință și să se facă acceptată de toți membrii acesteia din urmă. Apoi:

- oferă sprijin emoțional. Îi ascultă pe membrii familiei țintă cu înțelegere și fără să îi judece. Este acolo pentru a reduce impactul situațiilor dificile, pentru a încuraja prin atitudinea sa empatică;
- manifestă considerație pentru fiecare membru al familiei țintă. Recunoaște valoarea fiecăruia și îi restituie, în mod repetat, o imagine valorizată, subliniind calitățile și reușitele. Aceasta duce la apariția unui sentiment de competență și la creșterea respectului de sine atât la părinți, cât și la copii;

- oferă sprijin instrumental. Acest sprijin pare primordial, la început, deoarece dificultățile familiilor care neglijează legate de educația copiilor și de organizarea concretă a vieții cotidiene sunt numeroase. Pot fi idei legate de planificarea meselor și de echilibrarea alimentației între începutul și sfârșitul lunii (în funcție de momentul în care intră bani în casă), de sfaturi practice referitoare la adaptarea vestimentației copilului la temperatură sau de ajutor pentru curățenie;
- oferă sprijin în legătură cu folosirea corespunzătoare a resurselor. Familia de sprijin arată familiei țintă cum să rezolve problemele cunoscând mai bine resursele din jur și planificând nevoile de-a lungul anotimpurilor (de exemplu, pregătirea valizei pentru plecarea în tabără sau cumpărăturile necesare pentru începerea școlii);
- oferă companie pentru petrecerea unor activități agreabile. În funcție de nevoile și interesele familiei țintă, pot fi organizate activități pentru copii (ieșiri în parc), cu mamele (ieșiri la o cafea) sau chiar pentru toată familia (ieșiri la iarbă-verde sau la ceea ce în Quebec se numește «cabana de zahăr»[7]). Împărtășirea acestor momente agreabile întărește sentimentul comuniunii de interese și apropie familia țintă de familia de sprijin, prin realizarea unor activități curente și normale pentru o familie.

În timpul formării inițiale, cu o durată de două zile, familiile de sprijin sunt informate că trebuie să se angajeze să stabilească o relație pozitivă durabilă cu o familie țintă (relație pe care aceasta din urmă nu a cunoscut-o niciodată). Aceasta se realizează prin intermediul diferitelor sarcini prezentate în *tabelul 3*.

Implantarea paraprofesioniștilor trebuie să se bazeze pe lucrul în echipă, care să ia în considerație fenomenul de contratransfer (pus în evidență de Musick și Stott, 2000) pe care îl trăiesc persoanele implicate în programele de intervenție precoce în familii. Pentru ca acțiunea preventivă a familiei de sprijin să fie eficace și durabilă, este esențial ca acestea să beneficieze de o supervizare regulată din partea unui psiholog clinician cu experiență care este în măsură să orienteze această familie. Supervizarea se face frecvent și, la nevoie, întotdeauna este posibil să se facă apel la supervizor. De obicei, supervizarea se realizează printr-o întâlnire de aproximativ o oră la două săptămâni pentru fiecare familie țintă. La început, până când familia de sprijin își însușește ceea ce i s-a spus să facă și se simte în siguranță în privința rolului pe care îl are, la aceste întâlniri se adaugă și discuții telefonice frecvente. Cu trecerea timpului, discuții telefonice pot fi necesare numai în perioadele în care familiile țintă trăiesc situații de criză.

Supervizarea este centrată pe orientarea intervențiilor către obiectivele stabilite în echipa clinică și clarificarea situațiilor dificile. Un bilanț continuu

Tabel 3
Sarcinile familiei de sprijin

1. Să viziteze familia țintă cu regularitate, la domiciliul acesteia (cel puțin de două ori pe săptămână la început, iar apoi cel puțin o jumătate de zi pe săptămână). La vizite se adaugă contacte telefonice.
2. Să fie disponibilă în așa fel încât să răspundă în orice moment la chemarea familiei țintă pentru a neutraliza astfel situațiile de risc.
3. Să stabilească relații bune cu familia țintă începând prin a pune accentul pe problemele cu care se confruntă mama sau tatăl și mai puțin pe copil. Să ofere sprijin afectiv părinților.
4. Să constituie un model și să demonstreze părinților din familia-țintă cum să-și exerseze funcțiile de mamă și tată.
5. Să învețe familia țintă să rezolve câteva probleme ale vieții cotidiene și să-și îmbunătățească astfel calitatea vieții.
6. Să ajute familia țintă să învețe să folosească resursele comunitare (de exemplu, magazinele cu haine de mâna a doua, asociațiile care distribuie hrana).
7. Să favorizeze aplicarea și integrarea noilor cunoștințe însușite în activitățile de grup.
8. Să țină un jurnal în care să facă bilanțul acțiunilor realizate (numărul de apeluri telefonice pe săptămână, numărul și durata întâlnirilor pe săptămână, sarcini efectuate împreună, caracteristici și evenimente speciale observate în familia țintă, ambianța, dificultățile și reușitele familiei țintă etc.). Acest jurnal constituie baza supervizării.
9. Să participe la întâlnirile regulate de supervizare pentru a face bilanțul pentru fiecare familie țintă și să controleze atitudinile contra-transferențiale puse în joc.
10. Să se întâlnească de cel puțin trei ori pe an cu celelalte familii de sprijin pentru a face schimb de idei în legătură cu dificultățile și satisfacțiile trăite în timpul exercitării acestei funcții.

al activității familiei de sprijin este necesar pentru a verifica adecvarea la obiectivele fixate.

Evident, este vorba și de valorizarea familiei de sprijin și de susținerea și motivarea acesteia în perioadele «reci», de respingere la început, în momentele de criză sau în perioadele de «platou», perioade în care la orizont nu se profilează nici un progres vizibil. Această muncă de valorizare permite păstrarea unor familii de sprijin din ce în ce mai potrivite rolului, care nu sunt motivate de salariul redus pe care îl primesc (și care poate constitui doar un supliment pentru familiile cu nivel socio-economic mediu redus) și care, altfel, ar putea să demisioneze la prima dificultate întâlnită.

Supervizorul trebuie să fie un clinician cu experiență care face supervizări cu regularitate. Sunt necesare experiența de lucru cu familiile defavorizate și cunoașterea problematicii sociale. Simțul responsabilității și o bună

capacitate de adaptare îi vor permite să controleze situația. Acest supervizor trebuie să fie capabil să înțeleagă caracterul distinct al acestui tip de intervenție față de intervenția clasică și să acompanieze familia de sprijin în funcție de tipul de intervenție ales de echipa clinică, dar ținând cont de specificitatea fiecărei familii de sprijin. Pentru a-și însuși acest lucru, supervizorul poate beneficia de o formare specifică.

Profesionistul care răspunde de o familie țintă nu poate asigura rolul de supervizor al familiei de sprijin. O astfel de situație ar da naștere, într-adevăr, la un conflict de roluri: cel de responsabil legal cu schimbarea unei familii căruia îi poate lua copilul, dacă acesta este în pericol, și cel de supervizor al familiei de sprijin care trebuie să aibă timp să stabilească o relație de sprijin reală și durabilă cu o familie care are nevoie de ajutor (și deci fără să urmărească cu orice preț un rezultat imediat). El trebuie să păstreze responsabilitatea față de caz, împreună cu puterea care decurge de aici.

Familia de sprijin nu lucrează singură, ci în colaborare cu profesioniștii care intervin și poate chiar participa uneori la întâlnirile clinice de orientare a intervenției pentru o familie țintă. Această colaborare este primordială pentru a merge în același sens și pentru a evita triangularea[8]. De asemenea, această colaborare îi permite familiei de sprijin să înțeleagă că nu este răspunzătoare de caz, ci că este o resursă complementară pentru intervenție.

La început, întâlnirile dintre familiile de sprijin și familiile țintă au loc la domiciliul celor din urmă sau, în anumite cazuri, la familia de sprijin. Apoi, în funcție de nevoile familiei țintă, întâlnirile pot avea loc la restaurant, la magazin, la spital etc. Activitățile pe care le realizează împreună sunt diverse și adaptate solicitărilor fiecărei familii țintă: fac piața, cumpără haine, se joacă cu copiii, învață să gătească sau să facă curățenie, rămân acasă și vorbesc despre problemele familiale etc. Ieșirile la restaurant, la bowling, plimbările, vizionarea unor spectacole, ieșirile la iarbă verde sau la cabana de zahăr au ca scop, mai ales, să ajute familiile țintă să trăiască momente agreabile în compania persoanelor în care au încredere.

Prin exemplele din viața lor de familie, prin modul în care își rezolvă problemele (adesea, printr-o discuție între soți sau cerându-le copiilor să se gândească și ajutându-i să găsească o soluție), mamele din familiile de sprijin oferă un model de identificare familial care pentru familia țintă ilustrează funcționarea «normală» a unei familii (crizele, momentele dificile există și aici, dar pot fi depășite, mai ales căutând împreună soluțiile).

Familia de sprijin observă numeroase schimbări concrete la încheierea intervenției: alimentație mai bună, ritm de viață și, în special, de somn mai

regulat, igienă mai bună, haine mai potrivite, interes mai mare față de copii și de studiile acestora, atitudine mai constantă a părinților față de disciplina copiilor, împărtășirea unor momente agreabile cu copiii etc.

Intervenția preventivă de tipul «familie de sprijin» (mai puțin costisitoare decât plasarea copiilor în alte familii și mai profitabilă pe termen lung) se caracterizează prin disponibilitate și realizarea cotidiană de activități. În schimb, este o intervenție pe termen lung. Într-adevăr, a trebuit ca unele familii de sprijin să-și continue acțiunea și după cei doi ani ai programului nostru de intervenție.

Este interesant să facem o paralelă între cele cinci funcții de sprijin social așa cum sunt ele definite de Sarafino (1994) sau de Wolchik *și colab.* (1989) și rolurile familiilor de sprijin. În relația cu familia țintă, familia de sprijin trebuie să joace cinci roluri care se actualizează prin intermediul următoarelor sarcini recurente:

- realizează împreună cu familia țintă activități agreabile sau obligatorii (merg la cumpărături sau la o cafea, o însoțește la doctor, la dentist sau la școală pentru a se întâlni cu profesorii etc.);
- îi dă sfaturi pentru realizarea sarcinilor cotidiene și pentru planificarea activităților, îi oferă un model de comportamente adaptate (de rezolvare a problemelor sau de *coping*[9]) și de relație pozitivă pe termen lung;
- o ajută să folosească mai bine serviciile existente în comunitate (servicii de sănătate, servicii sociale, servicii oferite de diverse asociații etc.) și să dezvolte o rețea socială adaptată;
- face vizite la domiciliu și telefonează cu regularitate familiei țintă și deci dezvoltă o relație de încredere care îi permite să îi ofere sprijin afectiv pentru a o ajuta să depășească dificultățile întâlnite zilnic;
- valorizează rezultatele obținute din exercitarea rolurilor sale (cel de părinte care are o relație reușită cu copiii, de soț care se adaptează pentru a crea o bună ambianță familială, de adult care are un loc în societate).

Cu condiția să se insereze întotdeauna într-un plan de intervenție și să facă obiectul unei supervizări, intervenția preventivă de tip «familie de sprijin» ar putea să fie dezvoltată și pentru alte familii care au nevoie de ajutor: familii care au un copil cu handicap (Jourdan-Ionescu, 1997), familii al căror copil este grav bolnav (cancer, fibroză chistică, SIDA etc.), familii ai căror copii au dificultăți școlare, familii ai căror copii prezintă tulburări de comportament etc.

Este nevoie să reținem că familia țintă trebuie întotdeauna să dorească să se angajeze într-o intervenție care constă în «construirea unei legături naturale» cu familia de sprijin. Prin această intervenție individualizată familia de sprijin nu se substituie unei intervenții profesionale și nici nu

«face în locul» familiei țintă (nu devine o cârjă pentru această familie), ci o ajută să-și însușească comportamente pozitive. Iată de ce supervizarea constituie un fundament esențial al acestui tip de intervenție.

Rolul familiei de sprijin se alătură recomandărilor pe care Werner (2000) le face în vederea dezvoltării rezilienței:

- abordarea individualizată pentru a răspunde diferențelor individuale referitoare la nevoia de ajutor;
- selectarea populațiilor țintă prioritare (copii ai unor părinți toxicomani sau cu tulburări mintale, copii care au avut probleme la naștere, copii ai unor mame adolescente sau celibatare, fără sistem de supraveghere stabil, copii ai emigranților sau ai persoanelor fără domiciliu);
- evaluarea, înaintea intervenției, a factorilor de risc și a factorilor de protecție existenți (competențe, sprijin informal disponibil);
- implicarea adulților disponibili din anturaj (bunici, educatori) pentru a oferi sprijin părinților care nu sunt disponibili, înainte de a face apel la lege sau la o familie de plasament;
- necesitatea de a găsi pentru fiecare copil o persoană care să-l accepte necondiționat, un adult care are rolul de a reduce stresul situațiilor neplăcute și de a-i oferi copilului provocări care să-i sporească competențele și încrederea în sine. Aceste provocări sunt mai eficace dacă au loc într-un mediu previzibil care să includă afecțiune, un cadru de viață și limite definite.

Aplicarea tehnicii de rezolvare a problemelor sugerată de Spérisen (1993)[10] - CCUCCDC - reluată în *tabelul 4* permite vizualizarea aportului intervenție de tip «familie de sprijin» ca model de prevenire ecologică axat pe reziliență și realizat în parteneriat. Dezvoltarea factorilor de protecție permite reorientarea traiectoriei copiilor și a părinților în fața situațiilor de risc.

Această prezentare detaliată a strategiei de intervenție preventivă de tip «familie de sprijin» face posibilă ilustrarea unui model de prevenire terțiară. Într-adevăr, conceptul de familie de sprijin se bazează pe abordarea psihopatologiei din perspectiva dezvoltării ecologice, considerând că toate aspectele dezvoltării unui copil cu risc trebuie să fie susținute pe termen lung ținând cont de diferitele medii de viață ale acestuia. Familia de sprijin acționează într-un context de parteneriat cu familia în dificultate, sub supervizarea unui clinician cu experiență și se conformează recomandărilor echipei clinice. Circulația informației între ansamblul partenerilor este fundamentală, în caz contrar apar conflictele legate de triangulare între persoane. Există o construire în parteneriat a intervenției, deoarece, după stabilirea împreună a obiectivului prioritar, diferitele persoane care intervin

Tabelul 4
Aporturile intervenției de tip «familie de sprijin»

ÎNTREBĂRI	RĂSPUNSURI	ELEMENTE CONCRETE
Cine este vizat?	Copilul cu risc și familia acestuia.	Familia de sprijin este prezentă pentru părinți și pentru copiii familiilor țintă.
Ce? (Pentru a face ce?)	Obiectul intervenției este dezvoltarea rezilienței copilului și a familiei în fața riscului de recurență a maltratării și a consecințelor maltratării la care a fost supus copilul.	Familia de sprijin furnizează informații referitoare la nevoile copiilor, pentru ca ei să se dezvolte armonios, la ce înseamnă un comportament de maltratare, la importanța de a trăi într-un climat familial ferici și cu reguli stabile. În plus, prin prezența sa liniștitoare, aceasta reduce riscurile de recurență a abuzului sau a neglijenței. Factorii de protecție care vor fi dezvoltați sunt: - creșterea abilităților de rezolvare a problemelor, a abilităților sociale și a stimei de sine la fiecare membru al familiei; - o mai bună structurare educativă, mai multe interacțiuni pozitive între diferiții membri ai familiei, un climat familial mai călduros, mai multă susținere afectivă oferită copiilor; - o rețea socială mai potrivită pentru fiecare membru al familiei, un adult semnificativ, fiabil pentru copii, ajutor oferit părinților la nivelul mediului.
Unde ?	Mediul natural	În toate locurile de viață ale unei familii: acasă, la băcănie, la școală, la medic, în parc, într-un restaurant etc.
Când ?	În fiecare zi	Familia de sprijin este foarte disponibilă, așa cum este o mamă pentru copilul ei. Atunci când are o nevoie, familia țintă se îndreaptă spre familia de sprijin.
Cum?	Construirea și evaluarea în parteneriat cu echipa clinică. Dezvoltarea unei noi legături esențiale pentru familiile izolate din punct de vedere social. Formarea și supervizarea familiei de sprijin.	Concret, familia de sprijin oferă susținere: - afectivă (ascultând problemele, încurajându-l pe fiecare membru al familiei să vadă părțile pozitive); - instrumentală (însoțind fiecare membru al familiei țintă în demersurile pe care le face - convocări la școală, demersuri administrative, programări pentru consultații medicale etc.); - pentru o mai bună utilizare a resurselor comunitare (de exemplu, pentru cumpărarea de îmbrăcăminte la mâna a doua necesară copiilor la începerea școlii). Familia de sprijin constituie un model de identificare pentru fiecare membru al familiei (tată - mamă - copii). Familia de sprijin este formată la început și în mod continuu în timpul intervenției. Ea este în mod regulat supervizată, pentru a oferi acesteia un loc în care să discute despre ceea ce trăiește în rolul de familie de sprijin.
De ce ?	Pentru a remedia condițiile defavorabile ale familiilor cu risc.	Intervenția familiei de sprijin vizează remedierea unei rețele sociale reduse și inadecvate, dezorganizarea familială, lipsa unui model pozitiv pentru copil, lipsa disponibilității actorilor intervenției care își asumă mai ales un rol de autoritate care sancționează etc.
Cât ?	Costul acestui tip de prevenire este mai puțin ridicat decât costul social al recurenței maltratării și al efectelor acesteia asupra copiilor.	În mod obișnuit, se recomandă remunerarea familiei de sprijin, ca și când copilul i-ar fi plasat din cauza unor rele tratamente. În loc să se creeze o familie de plasament care nu va pune decât un «pansament», pentru un timp, pe o parte a sistemului bolnav, familia de sprijin constituie un ajutor cotidian, pe termen lung, pentru un întreg sistem în dificultate.

încearcă să participe, în moduri diferite, la realizarea acestui obiectiv unindu-și forțele.

Rolul familiei de sprijin este de a consolida factorii de protecție ai fiecărui membru al familiei țintă pentru a le reda speranța. Pentru aceasta, familia de sprijin dispune de o marjă de libertate. Prevenind dificultățile de adaptare

ale copiilor și reducând posibilitatea de apariție a actelor de abuz și neglijență, familia de sprijin contribuie la creșterea calității vieții familiei țintă.

Pentru părinții din familiile țintă, consecințele acestui tip de prevenire terțiară sunt: sentimentul de control asupra educației propriilor copii, însușirea unui rol valorizant de părinte, reducerea crizelor familiale, folosirea unor strategii mai bune de rezolvare a problemelor, apariția momentelor de complicitate cu copiii și îmbunătățirea calității vieții familiale.

Pentru copiii din familiile țintă, prezența familiei de sprijin le permite să trăiască într-un mediu familial mai sănătos, să învețe să împărtășească momente agreabile cu părinții, să capete stimă de sine, să-și însușească strategii mai bune de adaptare, să dezvolte o relație bună cu școala și să aibă o funcționare individuală și socială mai bună. Această strategie de intervenție preventivă precoce oferă așadar membrilor familiilor țintă o mai bună integrare socială și dă naștere speranței.

Note explicative

1. Definiție dată de Institutul pentru Sănătate și Handicapuri, consultat în 20 ianuarie 1998 www.peds.umn.edu/Centers/ihd/New/20Images/Resilience Defined.html.

2. De exemplu, în Quebec, se consideră că pentru un preșcolar prezența a cel puțin doi copii de 13 ani și mai puțin - care nu aparțin fratriei lui - constituie un factor de protecție, deoarece copilul poate realiza activități împreună cu ei, se pot amuza împreună sau poate primi ajutor din partea lor.

3. Clasele pregătitoare încep în Quebec la cinci ani. În acest context, copiii ai căror părinți lucrează pot frecventa o grădiniță în care realizează în grupuri mici activități care corespund celor din primele clase pregătitoare din Europa.

4. În Quebec, a fost conceput un ansamblu de 15 repertorii pentru a descrie programele și activitățile de prevenire a abuzului și neglijenței în fiecare regiune din Quebec. Subvenționate de Divizia de prevenire a violenței familiale din Canada, aceste repertorii au fost elaborate plecând de la informațiile culese de la responsabilii organismelor comunitare, de la responsabilii cu realizarea sau implementarea activităților sau de la cercetătorii implicați în evaluarea proiectelor de prevenire. Fiecare repertoriu conține fișe descriptive de activități și programe de prevenire a abuzului și neglijenței care sunt oferite într-o regiune din Quebec. Aceste repertorii sunt foarte ușor de folosit datorită celor trei indexuri: unul pe teritoriul deservit, altul pe perioada de dezvoltare analizată (sarcină, perioadă postnatală, preșcolară, școală primară sau secundară), al treilea pe tipuri de activități. Ne vom referi aici numai la cel din Montérégie.

5. Simulare.

6. Expresia «familie țintă» a fost aleasă pentru a reprezenta familiile care au nevoie de ajutor din cauza dificultăților grave semnalate în legătură cu unul din copiii lor. Adesea, dificultățile familiilor cu care am lucrat sunt multiple: probleme socio-economice, probleme legate de normele educative (absențe inadecvate sau discordanțe între părinți),

retard în dezvoltarea copiilor, dificultăți școlare (de la tulburări de adaptare sau de învățare până la tulburări de comportament), relație conjugală conflictuală, rețea socială extrem de redusă etc.

7. Activitate tradițională la sfârșitul iernii, legată de recoltarea sevei arțarilor pentru a pregăti siropul de arțar și diferite alte preparate culinare. Este o ocazie pentru a reuni familia și prietenii în jurul unei mese.

8. Triangularea se referă aici la coaliția a două persoane împotriva celei de-a treia. De exemplu, Benoît, Malarewicz, Beaujean, Colas și Kannas (1988) arată că în instituțiile psihiatrice sau medico-sociale, triangularea este foarte frecventă.

9. «Coping» este ansamblul eforturilor cognitive și comportamentale destinate stăpânirii, reducerii sau tolerării exigențelor interne sau externe care amenință sau depășesc resursele unui individ.

10. Este vorba despre întrebările care trebuie puse pentru a rezolva o problemă: cine? ce? unde? când? cum? de ce? cât?

CAPITOLUL 5
INTERVENȚIA

Ana MUNTEAN

1. Specificul intervenției în cazul copilului maltratat

2. Situația în România

3. Tipuri de intervenție

4. Etapele intervenției – semnalare, evaluare inițială, intervenție, evaluare

5. Tehnici de intervenție cu copilul

6. Planul de intervenție

7. Intervenientul, echipa, instituțiile implicate

8. Părinții

9. Eșecul în intervenție

10. Concluzii și perspective

1. SPECIFICUL INTERVENȚIEI ÎN CAZUL COPILULUI MALTRATAT

«Ceea ce a apărut de multă vreme nu poate dispărea brusc... Intervenția implică să cunoști cât mai multe posibile soluții pentru a o alege pe cea mai pertinentă în situația dată.» (Ionescu, 1999).

Intervenția eficientă în cazul copilului victimă a abuzului sau a neglijării necesită *timp, resurse umane și materiale*, pentru a putea răspunde atât *nevoilor care generează* situația în care copilul este maltratat, cât și *consecințelor* care apar, la nivelul tuturor celor implicați, și care se reflectă dramatic în procesul de dezvoltare a copilului.

Practicienii, cercetătorii, oamenii legii, politicienii sunt de acord că intervenția trebuie să se facă în numele și pentru *interesul suprem* al copilului. Interesul superior al copilului este o sintagmă acceptată și utilizată adesea înainte de a fi pe deplin înțeleasă. Ea este conținută și promulgată prin documente și reglementări internaționale. În numele ei sunt formulate legile privind drepturile copilului.

Într-o abordare globala, *interesul suprem* al copilului presupune satisfacerea nevoilor impuse de o dezvol-

tare normală. Drepturile copilului reprezintă nevoile lui pentru o dezvoltare optimă, recunoscute și ridicate la rang de lege care creează obligații egale pentru toți cei care se implică în viața copilului.

Nevoile copilului sunt cunoscute mai întâi de către cercetători și specialiști, aduse la cunoștința practicienilor și impuse prin legi, în gestul suprem al oricărui stat și al lumii întregi de a-și proteja noile generații.

Formularea acestor nevoi și a resurselor necesare satisfacerii lor a impus *familia* în atenția specialiștilor, în ultimii 40 de ani. Familia este identificată ca fiind cel mai propice mediu de dezvoltare a copilului. Familia a devenit model de dezvoltare a sistemului de protecție socială pentru cei fără familie.

Uneori, apare o oarecare fetișizare a noțiunii de familie. În realitate, nu întotdeauna întâlnim familii foarte bune și părinți foarte buni. Dovada o constituie frecvența cazurilor de maltratare a copilului atât în familie, cât și în instituțiile construite pe baza modelului familiei.

Diverse teorii privind familia și funcționarea ei[1] au condus la formularea unor paradigme ce pot fi utile specialiștilor echipei multidisciplinare chemate să intervină în situații de abuz și neglijare a copilului. Prin confruntarea lor, poate fi negociată strategia cea mai adecvată unei situații date.

Abuzul și neglijarea copilului implică *mediul de viață* al copilului luat în totalitate. În anumite situații de excepție, în cazul copiilor abandonați sau orfani, familia este înlocuită cu servicii dezvoltate de sistemul de protecție a copilului, iar funcțiile părintelui revin personalului care îngrijește copilul.

La vârsta preșcolară și școlară, mediul de viață al copilului se lărgește, incluzând sistemul educațional. Aceasta înseamnă noi posibilități de dezvoltare a copilului, dar și posibilitatea apariției unor noi relații abuzive între copil și educatorii lui.

Abuzul și neglijarea copilului reprezintă așadar un proces *interacțional și multifactorial* (Killén, 1993). Intervențiile se vor axa pe interacțiunea multiplilor factori identificați de intervenienți ca participând la producerea și menținerea situațiilor de maltratare a copilului. De aceea, o *strategie eclectică* răspunde cel mai bine intereselor copilului victimă a abuzului sau neglijării și aflat în procesul de reabilitare.

După toate acestea, ne putem întreba: *există un specific al intervenției în cazul copilului maltratat?*

a) Ca răspuns, rezumând cele de mai sus, am putea spune că abuzul și neglijarea copilului afectează, uneori iremediabil, dezvoltarea copilului, îndepărtându-l de ceea ce reprezintă potențialul său înnăscut. Într-o stare de boală există o reversibilitate a răului prin însănătoșire, care nu compromite dezvoltarea potențialului înnăscut al individului. Desigur, în bolile cronice pot fi îngustate posibilitățile de acțiune și manifestare ale individului. Competențele lui însă nu vor fi afectate, chiar dacă performanțele în unele situații vor avea de suferit. În caz de handicap, individul trăiește într-o

condiție egală pentru toată viața dar, într-un mediu benefic, își poate dezvolta performanțele și, în unele circumstanțe, chiar își poate depăși competențele.

b) Abuzul și neglijarea copilului se vor constitui ca un declin existențial al individului atât sub aspectul competențelor, cât și al performanțelor individului. Acest risc major face ca intervențiile sa fie stringent necesare, dar și extrem de dificile. Dificultatea intervenției nu ține doar de multitudinea factorilor implicați, ci și de implicarea subiectivă a intervenientului care, mai mult decât în alte tipuri de intervenție, își poate pierde controlul și poate compromite astfel demersurile și rezultatele intervenției. Acest specific impune, o dată în plus, nevoia echipei de intervenție și a supervizării intervenientului.

c) Un alt specific al domeniului constă în «descoperirea» lui, relativ recentă în întreaga lume, ca o trezire a unei umanități preocupate să-și protejeze viitorul. În România, acest aspect cronologic al abordării profesionale este încă și mai accentuat, începuturile plasându-se foarte recent, abia prin 1995.

Înțelegerea maltratării copilului s-a schimbat în timp, odată cu dezvoltarea psihologiei developmentale care a reliefat nevoile și abilitățile copilului pentru o dezvoltare normală. Intervențiile au evoluat în funcție de înțelegerea fenomenului.

d) Dacă în cazul unei boli sau al unui handicap, există anumite disfuncții al căror purtător este subiectul, în cazul copilului abuzat sau neglijat disfuncția se plasează în relația dintre copil și adultul care îl îngrijește. Cauza situației a cărei victimă este copilul se află în afara subiectului.

e) De aici se naște un alt specific al situației: abordarea abuzului și neglijării copilului are o componentă juridică, adesea obligatorie, deoarece fenomenul semnifică o încălcare a drepturilor copilului. Perspectiva juridică este obligatorie atât pentru protecția copilului, cât și pentru pedepsirea agresorului. Mai recent, această dimensiune este extinsă, prin stipularea obligativității reabilitării agresorului.

Prin acest capitol ne propunem să venim în sprijinul practicienilor chemați să intervină în dificilele situații de abuz și neglijare a copilului. Deoarece dificultățile pot veni fie din ceea ce se constituie ca bariere interioare ale practicianului, fie din absența unor cunoștințe specifice în acest domeniu, capitolul de față va aduce în fața cititorului câteva informații de bază privind abordarea situațiilor de abuz și neglijare a copilului.

Vom prezenta tipuri mari de intervenție, etapele care se cer parcurse într-o intervenție, câteva tehnici de intervenție, insistând asupra comunicării terapeutice cu copilul victimă, precum și planul și echipa de intervenție ca două ipostaze necesare ale intervenției.

Pentru identificarea a ceea ce am numit mai sus barierele interioare ale intervenientului, vom discuta aspecte care țin de abilitățile și atitudinile

adecvate pentru o intervenție eficientă.

Vom deschide, de asemenea, o perspectivă mai largă decât aceea de «simpli agresori» asupra părinților sau a educatorilor violenți cu copiii.

Ca o sumare a celor două nevoi amintite mai sus, cărora dorim să le venim în întâmpinare prin acest capitol, vom prezenta riscul eșecului în intervenție.

Concluziile se vor constitui, de asemenea, ca perspectivă și imbold la reflecție și acțiune pentru prevenirea maltratării copilului.

2. SITUAȚIA ÎN ROMÂNIA

Privitor la modul în care se intervine în România, pe lângă numărul insuficient al serviciilor specializate și al specialiștilor formați pentru intervenție, constatăm o mare eterogenitate în abordarea fenomenului de maltratare a copilului. Explicația acestei stări de fapt ține de o realitate cunoscută: atât oportunitățile de formare ale specialiștilor, cât și inițierea serviciilor existente la noi s-au facut în general cu sprijinul și sub auspiciile unor organizații din străinătate, cu formatori aduși din diferite țări, aparținând diferitelor școli și activând la rândul lor în diferite tipuri de servicii.

Există o remarcabilă varietate a denumirii serviciilor: Centru de consiliere pentru copil și familie, Serviciu de consiliere mamă-copil, Serviciu pentru copilul în dificultate, Centru de prevenire și intervenție în maltratarea copilului etc.

Cele mai cunoscute servicii create pentru a interveni în situații de maltratare a copilului aparțin organizațiilor: *Fundația Internațională pentru Copil și Familie* (FICF), *Sinergii*, *Salvați Copiii* și *Artemis*.

Centrul de consiliere și terapie pentru copil și familie, al FICF, creat în anul 2000, activează cu un personal specializat în cadrul programului de *«Formare de resurse umane pentru crearea unor centre pilot de prevenire a maltratării și îngrijire a copiilor maltratați»* pe care aceeași Fundație îl desfășoară cu sprijinul Uniunii Europene, în cadrul programului Leonardo da Vinci. Centrul funcționează cu o echipă multidisciplinară complexă.

Serviciul creat de organizația *Artemis*, la Cluj, are ca obiectiv intervenția în cazul tinerelor abuzate sexual. Dispune de o echipă multidisciplinară de intervenție și își propunea inițial să funcționeze cu o permanență care să asigure preluarea unor urgențe.

Organizația *Salvați Copiii* a creat în diverse orașe ale țării, cinci centre care desfășoară activități de prevenire și intervenție în situațiile de abuz și neglijare a copiilor. «Centrele de consiliere își propun să funcționeze ca servicii publice pentru copiii care au suferit o formă de abuz sau neglijare și care au nevoie de recuperare psihomedicală și socială, tratament și intervenție, precum și prevenirea transmiterii intergenerații a compor-

tamentului abuziv» (Păunescu, 1999). Primul centru pilot, organizat în București, în 1998, avea «un cabinet de consultații medico-psihologice cu dotare necesară pentru investigații de specialitate și o cameră de terapie pentru copil, amenajată special spre a aplica metodele terapeutice specifice recuperării». Echipa de intervenție este alcătuită din 4 psihologi, un medic neuro-psihiatru, un asistent social și un jurist care «au beneficiat de un curs de pregătire în Suedia, cu specialiști în domeniul tratamentului și al reabilitării copilului abuzat, neglijat.» (Păunescu, 1999)

Sinergii are în funcțiune două centre *de prevenire și intervenție în cazuri de maltratare a copiilor*. Centrele funcționează în Timișoara și București. Centrul «Codin» din Timișoara, inițiat în 1998, își propune:

- prevenirea primară, secundară și terțiară a maltratării copilului;
- intervenția în familie - asupra copilului victimă;
  - asupra părintelui agresor;
  - asupra celorlalți membrii ai familiei;
- sensibilizarea comunității (Anciu, 2000).

Sub aspectul prevenirii, *Sinergii* mai desfășoară activități de «*prevenire primară în școli, în primul rând, sensibilizând copiii asupra drepturilor lor și asupra metodelor de apărare împotriva agresiunilor de orice fel; de asemenea, au loc discuții cu grupuri de părinți și cu profesorii. Toate discuțiile sunt însoțite de materiale scrise.*» (Anciu, 2000)

Există preocupări preventive la toate nivelurile de abordare a maltratării copilului: «*prevenirea secundară și terțiară se face în paralel cu intervenția în familiile care sunt în urmărirea (evidența) noastră.*

Intervenția în familie este una de tip global, după modelul terapiei sistemice familiale, axându-se pe analiza tranzacțională a relațiilor din cadrul familiei.» (Anciu, 2000)

Toate Direcțiile Județene de Protecție a Drepturilor Copiilor au departamente speciale care se ocupă de problematica copilului și a familiei în dificultate și, deci, implicit, de situațiile de maltratare a copilului. Strategia guvernamentală de dezvoltare a protecției copilului, lansată la finele anului 1999, de către Agenția Națională de Protecție a Drepturilor Copilului, are o secțiune specială care își propune prevenirea abandonului, a abuzului și neglijării copilului. Există deci premise pentru accentuarea rolului și a activității acestor departamente speciale din cadrul Direcțiilor Județene de Protecție a Drepturilor Copilului. Din nefericire, aceste servicii speciale nu dispun, în general, de un personal format, specializat, pentru intervenție. Oportunitățile de formare la nivel național, în acest domeniu, fiind încă destul de aleatorii, fără standarde și recunoașteri oficiale, și venind mai ales din sectorul neguvernamental[2], Direcțiile dispun de servicii create prin reglementările în vigoare, dar intervențiile riscă adesea să eșueze.

Apare astfel o situație destul de frustrantă din punct de vedere al satisfacerii nevoilor de intervenție. Orașele mari ale țării dispun de 1-2 centre de specialitate și chiar de trei centre, în București. Tot în orașele reședință

de județ funcționează și serviciile speciale ale Direcțiilor de Protecție a Copilului. În zona rurală însă nu există încă nici un fel de serviciu și nici măcar o sensibilizare a personalului din primării pentru a cunoaște și a referi cazurile.

În acest sens, investigația efectuată în acest an, de către Inspectoratul Teritorial pentru Persoanele cu Handicap din județul Timiș, la nivelul primăriilor județului, teritoriu în care, prin mass-media locale, s-a făcut o intensă popularizare cu scop preventiv a subiectului, arată o foarte slabă cunoaștere și atenție pentru acest domeniu. Analiza datelor colectate conduce la concluzia că există o acută *«nevoie de formare a personalului deținând oficial responsabilitatea implicării[...], concomitent cu nevoia unei campanii de sensibilizare a întregii comunități. Un factor agravant al situației este absența unor structuri locale care să reprezinte serviciile publice specializate de la nivel județean.»* (Muntean, Jurchescu, 2000)

Studiul remarcă faptul că *«între acțiunile întreprinse la nivel de capitală de județ și cele din mediul rural, apare un hiatus care face ca doar într-o măsură mică primăriile să resimtă nevoia unei colaborări cu aceste servicii (doar în proporție de 17% primăriile rurale consideră că acestor servicii le revine responsabilitatea unor acțiuni) în vederea abordării cazurilor de abuz și neglijare.»* (Muntean, Jurchescu, 2000)

Eterogenitatea întâlnită în România, în abordarea situațiilor de abuz și neglijare a copilului, se datorează în principal influențelor formatorilor care, aparținând unei școli, difuzează o anumită viziune. Este în general o situație apriorică și nu una datorată alegerii din larga paletă a posibilităților de abordare profesională dezvoltate pe plan internațional. Din acest motiv, eterogenitatea întâlnită poate apărea ca o limitare a comprehensiunii fenomenului și a metodelor de intervenție. Consecința este creșterea riscului de eșec în intervenție, concomitent cu asumarea unei realități inconfortabile: în unele situații, neintervenția poate fi o alegere mai puțin riscantă pentru beneficiari, în primul rând pentru copil, decât o intervenție neadecvată.

3. TIPURI DE INTERVENȚIE

Maltratarea reprezintă o disfuncție a relației dintre copil și adultul în puterea căruia se află copilul. Dacă această putere este utilizată pentru a face rău copilului, dacă adultul nu își asumă responsabilitatea îngrijirii copilului, copilul apare ca victimă în relația cu adultul.

Consecințele maltratării ating toate laturile bio-psiho-socio-culturale ale ființelor umane implicate și reprezintă în același timp un fenomen de încălcare a drepturilor copilului.

Intervenția va trebui să țintească toate aspectele existențiale ale copilului victimizat: biologice, psihologice, sociale și culturale și, în același timp, să

aibă un aspect corectiv pentru agresor și de reabilitare pentru familia sau instituția care a constituit mediul de producere a situației maltratante.

Maltratarea unui copil este însă în relație cu întreaga comunitate, care favorizează sau tolerează producerea fenomenului, și se răsfrânge în spațiul cultural al acesteia.

Tipurile de intervenție se referă la nivelurile sociale diferite pe care le țintește și le implică. Există trei tipuri mari de intervenție din a căror variată combinație poate rezulta succesul (Killén, 1993):

- modelul lucrului pe caz (*unitatea de intervenție* este copilul-victimă, adultul-agresor și familia sau instituția care constituie mediul maltratant);
- modelul intervenției sociale în rețea;
- modelul campaniilor de sensibilizare la nivel comunitar și politic.

Când se adoptă modelul *lucrului pe caz*, intervenția trebuie să plece de la *înțelegerea* situației de maltratare a copilului ca situație de traumă. Aceasta impune recunoașterea și abordarea consecințelor specifice traumei, dar și a strategiilor de ajustare la relația traumatizantă, dezvoltate de copil prin comportamente compensatorii care, așa cum arată Killén (1998), pot fi de tipul:

- comportamente de supra-adaptare: super-copii (cei cu perfomanțe comportamentale apreciate de către adulții din jur), copii grijulii cu părinții (situație în care asistăm la inversarea rolurilor), copii pierduți-apatici (cuminți);
- comportamente disturbante: agresive, distructive, clovnerii, hiperchinetism.

Copilul abuzat sau neglijat dezvoltă un sindrom comportamental ușor de recunoscut, dar dificil de abordat terapeutic, deoarece «cu sindromul ne obișnuim să conviețuim». (Ionescu, 1999)

Cu privire la consecințele maltratării, Main și Goldwyn au arătat că nu experiențele copilăriei decid dezvoltarea și funcționarea noastră ca adult, *ci capacitatea noastră de a face față acestor experiențe* (Killén, 1995). Această capacitate de a depăși cu o oarecare ușurință o situație care, în cazul unui alt copil are consecințe grave, este denumită *reziliență*. Copilul rezilient răspunde situațiilor de disconfort mai degrabă prin mecanisme de adaptare decât prin mecanisme defensive. Acest lucru creionează obiectivul intervențiilor și în același timp sugerează modalitatea cea mai eficientă, directă, de evaluare a succesului intervenției. Altruismul, simțul umorului, amânarea reacțiilor imediate și planificarea, prevederea disconfortului, sunt reacții de adaptare (*coping*) care fac suportabilă suferința. Există dovezi care susțin importanța calității umane a celor din jurul copilului în sprijinirea sau diminuarea rezilienței lui. Într-o intervenție sistemică, reziliența copilului este abordată în relație cu reziliența familiei sau a mediului de

viață a copilului și chiar cu cea a comunității care alcătuiește contextul socio-cultural al vieții copilului. Numeroase tehnici de intervenție iau naștere, în acord cu principiile de mai sus, precum și cu resursele disponibile în intervenție.

În intenția de a sprijini și proteja copilul victimă, intervenția va prevedea o serie de măsuri țintite spre a schimba mediul generator și tolerant al maltratării (familie, instituție, comunitate, societate). Când însă nu este posibilă schimbarea externă a situației copilului maltratat (în societăți abuzive și neglijante, în instituții, zone de război) intervenția trebuie să se concentreze pe ajutorul oferit copilului, bazându-se pe:

- importanța calității interacțiunilor sociale (relațiilor) de care are parte;
- importanța înțelegerii și a participării adultului la suferința copilului.

Astfel îl vom ajuta să facă față experiențelor traumatizante evitând dezvoltarea unui sindrom de adaptare periculos.

În demersurile făcute pentru înțelegerea situației de maltratare în care se află un copil, nu trebuie să uităm că în anumite perioade ale dezvoltării sale *normale*, copilul poate deveni dificil, făcând să crească riscul de maltratare, de către părinte sau educator.

Dacă educația în familie înarmează copilul cu un tipar de relaționare cu ceilalți, mai ales cu cei apropiați, educația în afara familiei, în primul rând în școală, creează tiparele largi de relaționare în comunitate.

Într-o comunitate tolerantă față de violență, maltratarea copilului în scopul educării și al socializării lui poate continua și în afara familiei, în celelalte medii sociale în care copilul este integrat pe traiectoria firească a dezvoltării lui ca membru al societății. Ne vom referi în primul rând la *școală și servicii medicale*.

Astfel, educatorii din *sistemul de învățământ* pot reitera trauma produsă copilului de către primul lui mediu de viață, familia sau instituția în care crește. Prin rutina de pedagogie școlară, între copil și adult este instaurată o comunicare verticală, bazată pe o autoritate necontestată, ascultare și respect.

În virtutea acestei ierarhii general acceptate, tradiționale, greutatea cuvintelor, capacitatea lor de a traumatiza, nu este recunoscută. Educatorii consideră că a utiliza un limbaj cu expresii verbale mai dure este mai puțin traumatizant pentru copil decât bătaia fizică. Dar durerea psihică a copilului nu trebuie uitată, căci a nu lua în seamă durerea poate fi o conduită terapeutică periculoasă, care să determine neglijarea cauzelor unor anomalii prin anihilarea simptomului care este durerea. (Tomkiewicz, 1998)

Comportamentele abuzive, agresive, au o evoluție în spirală, care, adeseori, face ca victima să se transforme în agresor, într-o altă relație, perpetuând astfel ciclul abuziv și extinzându-l în celelalte medii sociale în care funcționează fosta victimă. Există în sistemul educațional, și fenomenul este în creștere, situații în care educatorul este abuzat de către copii.

În intervențiile necesare în aceste situații, evaluarea va trebui să evidențieze aspectele de *maltratare anterioară a copiilor agresori*, în familie și în instituții (școală, spital, instituții de protecție socială), incluzând acele forme de maltratare verbală al căror efect este adesea neglijat.

Situațiile menționate impun intervenții ample atât cu agresorul (copilul), cât și cu victima agresiunii, educatorul. Incidentul violent trebuie văzut ca un moment de acutizare a unei situații cronice neglijate.

Intervenția în aceste cazuri este dificilă, de durată, dar absolut necesară. Ea trebuie extinsă, sub aspectul inițierii unor acțiuni educative, la nivelul întregii instituții unde a apărut incidentul, cu scopul prevenirii reapariției fenomenului.

Studiile au demonstrat că școlile care nu cultivă competiția, ci colaborarea și solidaritatea, au o scădere semnificativă a incidenței conflictelor și a agresiunilor între copii, a delincvenței și abandonului școlar, concomitent cu o păstrare a nivelului ridicat al performanțelor academice.

Prevenirea abuzului sau a neglijării copilului devine o preocupare care atinge toate serviciile în care se oferă îngrijiri copilului.

În ceea ce privește îngrijirile medicale care se acordă copilului bolnav, acestea sunt adeseori o combinație perversă de intenții bune și acțiuni maltratante, care țin de cultura instituției. Astfel, practicile de injectare a copiilor care necesită tratament la anumite ore din noapte, fără a-i avertiza despre ceea ce urmează să li se facă, legarea de pat a copiilor care necesită perfuzii pentru a eficientiza actul medical, separarea copilului de mamă imediat după naștere, sunt rutini care țin de cultura instituției și asupra cărora nimeni nu-și mai pune semne de întrebare și nu nuanțează potențialul maltratant al situației și posibilitatea ca acest aspect să diminueze efectul terapeutic.

În cazul modelului de *intervenție socială în rețea*, intervențiile trebuie să urmărească, cu multă creativitate, sistematic, inițierea și funcționarea *rețelelor sociale în jurul celor implicați în situații de maltratare a copilului și în primul rând al copilului victimă*. Experiența unor proiecte a demonstrat eficiența, costurile mici și rezultatele remarcabile ale acestor tipuri de intervenție.

Rețelele se alcătuiesc din serviciile și profesioniștii implicați în intervenție, dar și din persoane exterioare sistemului de servicii. Aceste persoane pot aparține familiei extinse sau pot fi voluntari care se implică pentru sprijinirea copilului, familiei, instituției. Uneori, acești voluntari, pe lângă disponibilitatea de a se implica, au și o experiență proprie cu situații de maltratare, ceea ce le dă o expertiză incontestabilă.

British New Pin este un proiect bazat pe rețea și grup de sprijin alcătuit din mamele abuzive, care sunt motivate să-și schimbe deprinderile de a interacționa cu copiii. Ele își oferă sprijin și ajutor una alteia, devenind mai

motivate și mai apte de a schimba tiparele de relaționare abuzivă. (Killén, 1993).

Rețelele și grupurile de suport social au un efect educativ și terapeutic incontestabil, care, în anumite situații, poate fi mai adecvat decât o anumită formă de terapie, dar întotdeauna poate completa cu succes o formă de terapie individuală.

Dacă terapeutul nu urmărește abordarea părinților prin rețea, munca terapeutică cu aceste familii poate face să crească dependența lor de terapeut, iar acesta se va găsi în situația de a fi unica «rețea socială a familiei», făcând astfel să sporească starea de izolare și neputință a familiei (Killén, 1993).

Grupurile pot juca un important rol preventiv în cazul familiilor tinere. În Scandinavia, grupurile de sprijin cu rol preventiv s-au dezvoltat în jurul clinicilor pentru copii și părinți, uneori în cooperare cu serviciile locale de protecție a copilului (Killén, 1993).

Acest mod de funcționare înlesnește inițierea *grupurilor de reflecție comunitară*. Analizând cazurile apărute în comunitate, nevoile și resursele disponibile, barierele care apar în intervenții, specialiștii care alcătuiesc aceste grupuri au următoarele roluri:

- identificarea și inițierea verigilor absente din rețeaua serviciilor de intervenție;
- planificarea unei politici de îmbogățire a resurselor existente la nivelul comunității;
- chestionarea permanentă a eficienței cadrului legislativ existent.

Campaniile de sensibilizare la nivel comunitar și politic influențează contextul socio-cultural al intervențiilor. Funcționarea rețelelor este condiționată de *nivelul de educație a comunității*. Educația determină sensibilitatea și disponibilitatea comunității de a ajuta. Voluntariatul, indiferent de tipul de proiect de intervenție în care este inclus, este facilitat de schimbarea reprezentării comune asupra fenomenului, în sensul de a nu tolera producerea lui și de a avea deschiderea necesară implicării reparatorii în situații abuzive.

Deoarece izvorul abuzului și al neglijării, în familie și în celelalte medii sociale care au responsabilitatea îngrijirii și a acompanierii copilului în procesul de socializare, stă, în mare măsură, în *reprezentările sociale cu privire la relația adult-copil*, educația întregii comunități reduce incidența maltratării. S-a dovedit că largile campanii de sensibilizare a comunității au ca efect o reducere semnificativă a cazurilor, în special a abuzului și neglijării fizice.

Intervenția educativă extinsă poate fi transformată într-o *campanie de advocacy* pentru prevenirea abuzului și a neglijării copilului. Obiectivele unei astfel de campanii, care poate fi desfășurată la nivel național sau local, pot fi în același timp:

- sensibilizarea comunității;
- multiplicarea serviciilor de caritate;
- crearea, funcționarea rețelelor sociale de sprijin;
- apariția voluntarilor (din familia lărgită sau din comunitate);
- inițiative în domeniul legislativ;
- apariția unor proiecte de tipul *big sister, big brother* sau a proiectelor de intervenție comunitară de tipul celor din Quebec.

Într-o intervenție bine planificată, cele trei tipuri mai sus menționate, implicând diferitele niveluri ale sistemului social în care apare situația maltratantă, se vor îmbina și completa reciproc. «*O intervenție eficace, centrată pe consolidarea suportului social de rețea, necesită implicarea profesioniștilor în vederea soluționării problemelor și a sprijinirii cu competență a familiilor.*» (Killen, 1993)

4. ETAPELE INTERVENȚIEI – semnalare, evaluare inițială, intervenție, evaluare

Nu există rețete de intervenție aplicabile în orice situație, în mod stereotip și conducând fără greș spre succes. De la o situație la alta, intervenția trebuie să varieze sub aspectul metodelor, al strategiei generale cu obiectivele ei de durată și chiar al profesioniștilor chemați să alcătuiască echipa de intervenție. În această prezentare ne vom referi la aspectele generale ale intervențiilor, dând, de asemenea, informații sumare legate de evantaiul de posibilități din care pot fi alese metodele de lucru pentru un caz concret, atunci când se alcătuiește planul de intervenție.

Primul pas în intervenție este momentul *semnalării*, care poate avea loc în modalități variate, de la un caz la altul.

Cunoașterea motivației explicite și implicite a persoanei care semnalează cazul este esențială. Cel care semnalează comunică implicit despre rețeaua socială care există în jurul situației de maltratare, despre modul de funcționare și motivația acestei rețele. De aceea, este importantă identificarea celui care semnalează cazul de maltratare.

Modalitatea de semnalare este, de asemenea, importantă pentru că incumbă un grad diferit de angajare, față de situație, al celui care face cunoscut cazul copilului maltratat. De la un telefon, la însoțirea copilului într-un serviciu medical, există o largă varietate de procedee de dezvăluire a situației abuzive.

Serviciul unde se face semnalarea reprezintă un aspect important în intervenție, deoarece se constituie ca *inițiator al echipei de intervenție* și al rețelei de servicii și agenții care vor fi implicate.

Întocmind planul de interventie, echipa va face și *evaluarea inițială*. Prima întrebare la care trebuie să găsească răspuns echipa este: *ce s-a petrecut*

și gravitatea pericolului în care se află copilul și nu *cine* a comis fapta. Prima întrebare care se pune, ca și prima măsură care se ia, au ca scop *asigurarea securității copilului.*

Dacă situația prezintă un grad mare de pericol pentru viața copilului, este necesară o măsură imediată de protecție a copilului, care se poate realiza prin internare de urgență la un spital, de exemplu, ceea ce nu va da de bănuit părinților și va preveni dezvoltarea unei atitudini defensive din partea lor.

În acest caz, evaluarea și investigarea situației va continua după ce s-a luat măsura de siguranță pentru copil. Nu putem risca să lăsăm copilul să aștepte în situația abuzivă până la încheierea evaluării inițiale a situației în care se află.

Evaluarea va trebui, într-un al doilea moment, să reliefeze cauzele maltratării copilului. Stabilirea cauzelor este esențială pentru intervenție. Cauzele pot fi atât de *natură socio-economică* cât și *individuală.* Cauzele economice (sărăcia) nu acționează direct, ci prin corolarele sale:

- nivel scăzut de educație;
- nivel crescut de stres;
- inabilități de comunicare, negocire și rezolvare a conflictelor;
- consum de droguri.

«Cea mai eficace intervenție în familiile cu risc de abuz este, mai înainte de orice, să se asigure nevoile de bază pentru hrană și adăpost, locuri de muncă și stabilitate financiară a acestor familii. Diferite țări din Europa au realizat acest deziderat în grade diferite. Unele nu au reușit încă.» (Killén, 1993). În 1998, în Revista «Copiii de azi sunt părinții de mâine», Rodica Tokay, director al Direcției de Protecție a Drepturilor Copilului a județului Arad, spunea: *«Cum pot să stau de vorbă cu familiile abuzive, cu copiii lor, când eu știu că adeseori acești părinți nu au ce pune copiilor pe masă, iar eu nu pot să-i ajut?!»*

Același punct de vedere este împărtășit și de alți specialiști în domeniul abuzului și neglijării copilului, care consideră că a vorbi despre acest subiect într-o țară ca România, unde problema sărăciei este acută și departe de rezolvare, constituie încă un lux (Gabel, 1996). Această opinie, plasând punctul de interes pentru protecția copilului în aspectul economic al vieții de zi cu zi a copilului, riscă să favorizeze perpetuarea practicilor abuzive în relația adult-copil, prin scăderea atenției societății față de aceste aspecte.

Drept *cauze individuale*, impunând o evaluare în vederea stabilirii planului de intervenție, putem considera factori care, după Lynch (1995), țin de un copil special și de un părinte special.

Discutarea și alcătuirea *planului de intervenție* necesită un moment de întâlnire a întregii echipe și un bilanț al evaluării inițiale. Acest moment de început va însemna și o distribuire a rolurilor și responsabilităților, ca și de stabilire a modului de lucru al echipei.

Obiectivele planului de intervenție vor fi discutate și cu beneficiarii: copilul și familia.

Intervenția va însemna implementarea planului printr-o joncțiune de roluri și filosofii ale membrilor echipei multidisciplinare de intervenție. Astfel, intervenția va căpăta o latură juridică și de protecție socială, o latură terapeutică medicală, psihologică, educativă și de asistare socială. Toate aceste fațete ale intervenției vor fi armonizate printr-o continuă comunicare a membrilor echipei de intervenție, în spiritul unui respect profesional mutual, în beneficiul copilului victimă a maltratării, al familiei/instituției și al întregii comunități.

Există și o *evaluare continuă* a situației care se face prin înregistrarea rezultatelor intervențiilor și raportarea lor la obiective. Fiecare întâlnire a echipei de lucru este și o ocazie de reevaluare a situației și a procesului reparator, de reajustare a demersurilor. Elementele luate în evaluare sunt: starea psihică, socială, istoria personală a părinților.

Un aspect important este urmărirea de durată a stării fizice și a dezvoltării copilului. Ani la rând, copilul trebuie evaluat cu regularitate de către medic, la început mai intens și apoi mai rar și mai puțin intens. (Bentovim, în Lee, 1994) Medicul și psihologul vor rămâne responsabili de evaluarea progreselor fizice și psihice ale copiilor, în timp, pentru a vedea dacă nu sunt urme de vătămări ale creierului sau senzoriale mai greu de sesizat.

5. TEHNICI DE INTERVENȚIE CU COPILUL

Au existat, în clinica abuzului și a neglijării copilului, diverse orientări cu privire la ținta principală a intervenției. Unele plasau în centrul intervențiilor *părinții*, neglijând, în oarecare măsură, copilul. Dar, indiferent de tipul intervențiilor, s-a demonstrat statistic (Killén, 1993) că:

- doar 40% dintre părinți își schimbă definitiv comportamentul abuziv;
- 20% dintre părinți păstrează un comportament abuziv, în ciuda intervențiilor, iar copilul nu se mai poate întoarce acasă;
- un procent de 40% își schimbă doar parțial comportamentul față de copil, încetând să îl mai abuzeze fizic și să îl neglijeze, dar continuând maltratarea emoțională.

Aceste observații raportate la obligația intervenienților de a apăra interesul copilului au condus la plasarea copilului în centrul intervenției, ca unitate principală a intervenției.

În spiritul acestei viziuni au fost dezvoltate tehnici de intervenție adaptate copilului, menite să-l sprijine în situația dificilă în care se află și, în același timp, să-i redea capacitatea, energia necesară unei dezvoltări normale.

Comunicarea terapeutică

Copilul victimă a abuzului și neglijării are nevoie de ajutor pentru a face față haosului interior și percepției dureroase pe care o are asupra realității.

În nici un caz, scoaterea din mediul abuziv și *plasarea copilului* într-un loc sigur, *nu poate însemna sfârșitul intervenției*, ci doar începutul unui proces de reabilitare complex, dificil, de durată, greoi, cu evoluție sinuoasă.

În cazurile în care separarea copilului de familie, prin plasarea lui în afara căminului părintesc, este obligatorie pentru securitatea copilului, profesionistul va avea de făcut o serioasă muncă de:

- pregătire a separării;
- asistență a doliului după separare;
- construire a atașamentului copilului în noul mediu de viață.

Copiii maltratați își investesc energia vitală pentru a se adapta senzației de inconsistență și haos interior, pentru a înțelege ce se petrece și a găsi modalitățile cele mai bune de protecție față de realitatea care le este impusă și în ultimă instanță pentru a supraviețui.

Comunicarea despre percepțiile și sentimentele lor legate de realitatea în care trăiesc este scopul terapeutic al intervenientului, în strădaniile lui de a vindeca suferințele psihice ale copiilor.

Killén (1993) vorbește în acest sens despre *comunicarea terapeutică* cu copilul. În acest proces, terapeutul are două scopuri majore: să-l facă pe copil să-și înțeleagă situația și trăirile și să-l convingă că el, terapeutul, este gata să-și asume consecințele acestei înțelegeri și să facă încercări de a schimba situația în care se află copilul; cu alte cuvinte, că este aliatul lui care nu îl va trăda.

Sentimentele dureroase și confuze ale copilului, conflictele în care se simte prins între a se apăra și a-și apăra părinții care-l maltratează, amestecul de ură și dragoste pe care îl trăiește, spaima, furia, durerea și nesiguranța necesită cuvinte pe care copilul nu este, cel mai adesea, capabil să le găsească.

Este rolul intervenientului să găsească cuvintele potrivite trăirilor copilului. Aceasta presupune o intensă *empatie* cu starea copilului, fără întrebări, comentarii critice sau predici despre lucrurile întâmplate. «În fiecare copil este o poveste care trebuie spusă», spunea Winicott.

Ajutându-l pe copil să dea nume haosului emoțional pe care îl trăiește, îl ajutăm să-și elibereze o parte din energia pe care o utilizează pentru a face față situației. Această energie va putea fi folosită pentru o dezvoltare și o adaptare mai bună.

Statura mai mică, subponderalitatea precum și pseudoîntârzierea mintală a copiilor care cresc în centrele de plasament, confirmate statistic, pot fi puse în legătură cu orientarea energiilor vitale ale acestor copii. Indiferent de tipul de intervenție, care se constituie ca un pretext al comu-

nicării; doar comunicarea terapeutică apare ca fiind salvatoare. Energiile de dezvoltare ale acestor copii sunt absorbite de haosul declanșat de momentul pierderii inițiale a părintelui, al doliului neprelucrat, la care se adaugă formele de abuz și neglijare care se întâlnesc în instituțiile pentru copii.

Numai o comunicare empatică și sinceră cu copiii victime poate fi terapeutică.

Conținutul comunicării terapeutice trebuie să se refere la realitatea în care trăiește copilul. Mesajul transmis copilului trebuie să fie acela că el are dreptul la o viață sigură și că va fi ajutat.

Reducând suferința și haosul copilului, comunicarea terapeutică îl ajută să comunice despre sine și despre părinții lui, despre relația lor și îi face viața mai predictibilă.

Teoria traumei a dezvăluit faptul că buna funcționare a creierului are nevoie de *continuitate, predictibilitate și emoții pozitive* (Speckhard, 1999). Capacitatea de a anticipa este importantă în adaptarea la situație.

Copiii maltratați au o capacitate de anticipare scăzută datorită concentrării lor permanente pe «imprevizibilul previzibil» căruia trebuie să-i facă față (Killén, 1998). Situația impredictibilă în care trăiesc le diminuează capacitatea de anticipare. Intervențiile care vor alcătui strategia reparatorie cu copilul victimă trebuie să urmărească introducerea *elementelor de predictibilitate* în viața copilului. Această predictibilitate trebuie să se refere la aspecte plăcute cum ar fi: întâlniri în anumite zile, la anumite date, ore, cu o figură de atașament a copilului din afara familiei. Aceste evenimente dorite și așteptate de către copil vor deveni *puncte de reper* în haosul dureros al vieții lor.

Împreună cu copilul, intervenientul va explora aspectele realității găsind explicații pentru ceea ce îl înspăimântă pe copil și pregătindu-l astfel pentru evenimentele stresante.

Poate că intervenientul nu poate reduce durerea copilului dar, împărtășindu-i-o, va reduce panica ce o însoțește, căci copilul va înțelege că exista cineva care înțelege, căruia îi pasă și care va face ceva pentru schimbarea situației.

Intervenientul vine cu informații simple, dar esențiale pentru copilul marcat de trauma trăită.

Un *scop* al acestei comunicări terapeutice este reducerea sentimentului de vinovăție a copilului; vinovăția pentru cele trăite («m-a bătut, m-a pedepsit, pentru că am fost rău») dar și pentru dezvăluirea unor fapte care-i învinovățesc părintele, situație care naște în copil teama față de consecințe și, în același timp, sentimentul trădării. Oricât de rea ar fi situația pe care o trăiește, copilul are tendința de a fi loial părintelui.

Modalitatea prin care se poate realiza comunicarea terapeutică cu copiii pune la încercare creativitatea și capacitatea empatică a intervenientului.

Copilul nu poate conversa prea mult răspunzând la întrebările noastre (Killén, 1998). Deci, dialogul poate rămâne o așteptare neîmplinită pentru terapeutul care gândește comunicarea cu copilul maltratat în sensul clasic, verbal. «Lucrez cu copiii punându-le la dispoziție marionete, creioane și hârtie, plastilină, personaje din plastic, cuburi care vor juca rolul unui suport material pentru ca ei să-și exprime sentimentele și conflictele interioare.» (Robert-Ouvray, 2000)

Uneori, comunicarea terapeutică se poate realiza prin *povestiri* în care intervenientul realizează analogii cu situația în care se află copilul, foarte clare pentru acesta. Unui copil copleșit de doliul pierderii părinților, așa cum sunt toți copiii abandonați, i se poate spune o poveste cu animalele lui favorite sau o poveste despre un alt copil. Este important ca în aceste povestiri *să se numească sentimentele* generate de situație, la toți cei implicați în situație, și să se descrie expresiile neverbale ale emoțiilor. Numirea sentimentelor le legitimează implicit și le reduce povara pentru cel care le trăiește în taină, asa cum fac copiii abuzați. Pe de altă parte, numirea lor trebuie dublată de explicații pentru a ajuta copilul să înțeleagă cauzele mai ample ale situației dureroase în care este prins și în care el se simte uitat de toată lumea. *«Te-a durut când tata te-a bătut fără nici un motiv... Tu ai fost cuminte, de-abia ai așteptat să vină acasă, dar el a venit beat și te-a lovit și tu nu ai putut decât să îl urăști atunci... Ai fi vrut să fii mare și să îl bați să-l doară așa cum te durea pe tine... Dar de fapt îl iubești, așa cum și el te iubește... Poate că în ziua aceea tata era supărat că nu poate să-ți dea tot ce ar fi vrut să-ți dea... Poate că și el a fost un băiat ca tine care a suferit pentru că îl bătea tata... și acum nu prea știe cum să se poarte cu tine... mai ales când este supărat...»*. Comunicarea trebuie să umanizeze suferința prin explicații raționale și să legitimeze sentimentele vinovate. Vindecarea poate veni doar *spunând* ceea ce este de nespus și ceea ce blochează scurgerea timpului dezvoltării într-un prezent continuu și amenințător, căruia copilul face permanent eforturi pentru a-i face față, pentru a supraviețui.

Când se spune povestea, vocea și mimica celui care o spune sunt elemente importante prin care se pot reda trăirile. În această modalitate de comunicare terapeutică se împletesc elemente de sofronizare a copilului, de îmblânzire a durerii și haosului cărora le este pradă.

Uneori, abilitățile verbale ale copilului îl fac să beneficieze mai puțin de povestiri. În aceste cazuri, *jocurile cu păpușile, marionetele* sau *cu jucării miniaturale* reprezentând animale, personaje umane, obiecte din casă, casa din care copilul poate construi un habitat, pot provoca mai mult copilul spre a-și exterioriza trăirile. Modul în care le manipulează devine povestea pe care copilul o spune, pe care o trăiește. În acest caz, învelișul cuvintelor

va trebui să vină din partea terapeutului care va *acompania* cu blândețe și receptivitate reacțiile copilului, jocul copilului.

Desenul rămâne întotdeauna un mod de a descrie povestea care nu poate fi spusă în cuvinte. Culorile, hârtia, creta îl pot provoca pe copil să le utilizeze. Copilul redă ceea ce știe și îl preocupă. Povestea lui apare clar în desen pentru cel care este pregătit să o citească.

Teoria traumei pledează pentru utilizarea desenului în comunicarea cu subiectul traumatizat. Cele mai dureroase amintiri sunt păstrate vizualizat, sub formă de *imagini*, iar subiectul este incapabil să le pună în cuvinte și incapabil să le prelucreze și să le depășească.

Desenul poate fi utilizat pentru comunicarea terapeutică sub forma:

- testelor proiective creion-hârtie, mai ușor de descifrat;
- desenului spontan, copilul fiind doar invitat să deseneze ceea ce dorește.

În al doilea caz, descifrarea mesajului presupune o experiență a terapeutului cu această formă de exprimare a copilului.

Modelajul în lut, plastilina, coca de făină și apa, este o modalitate în care copilul își poate spune povestea atât prin figurinele modelate cât și prin cuvintele, expresiile verbale care acompaniază activitatea de modelaj a copilului. Figurinele tridimensionale create pot debloca și facilita comunicarea verbală a copilului despre cele petrecute și despre trăirile lui.

Teatrul, mici scenete care pot fi lăsate în seama copiilor pentru a da viață personajelor, pot constitui o bună tehnică de eliberare, de catharsis al tensiunilor, dar și de clarificare a propriei stări de confuzie și durere a copilului care joacă, dă viață unui anumit personaj, într-o anumită situație. Copilul își joacă de fapt propria experiență cu înțelesurile și trăirile ei.

Dansul este o modalitate de exprimare a trăirilor și, deci, de abordare terapeutică a copilului victimă. Dansul, ca și desenul sau modelajul, este o modalitate de comunicare care-l face pe copil să se simtă în siguranță, dizolvându-i anxietatea. Absorbit de dans, copilul își poate expune toate sentimentele și își poate lăsa libere resentimentele.

Spre deosebire de activitățile ludice expuse mai sus, cu extraordinare valențe de comunicare terapeutică, atunci când sunt dezvoltate în întâlnirea individuală cu terapeutul, dansul este o metodă de lucru nimerită pentru *grupuri de copii* victime.

Muzica și dansul au darul de a instala starea de curgere despre care Csikszentmihayli (Mayhew, 1997) spunea că este o stare de grație în care individul se dezvoltă și se simte liber, creator, inspirat. Aceste capacități sunt diminuate la copilul victimă care, așa cum spunea Killén (1993), nu-și mai folosește energiile pentru a se dezvolta, ci pentru a supraviețui realității traumatizante.

Într-o fază mai avansată a terapiei, experiența copilului trebuie *generalizată*, cu scopul de a-i diminua sentimentul de experiență de nedepășit, care-l face să difere de ceilalți copii.

Comunicarea trebuie să fie *directă, simplă, sinceră, caldă.* Mesajele care se transmit copilului victimă sunt aceleași ca și în cazul adultului, în procesul de consiliere:

- copilul nu este singur cu drama lui;
- celălalt este prezent, dispus să îl asculte și gata să îl ajute;
- celălalt este o prezență securizantă, acum și aici, dar și de acum înainte;
- celălalt este gata să îl sprijine;
- celălalt are încredere în el, în capacitățile lui de a depăși situația dificilă.

Există în cultura noastră tendința de a săruta și îmbrățișa excesiv copiii, ca mod de exprimare a afecțiunii, compasiunii și solidarității cu ei. Această conduită nu este adecvată în procesul de reabilitare, mai ales la începutul întâlnirilor terapeutului cu copilul.

Copilul are adeseori gesturi de apărare în fața acestor efuziuni. Experiența lui în proximitatea strânsă a adultului nu este securizantă, iar apropierea terapeutului de copilul victimă, deși în spiritul tradiției, va stârni în copil atitudini și gesturi defensive și o anxietate care nu vor facilita comunicarea, ci se vor constitui drept piedici.

Pe parcursul întâlnirilor terapeutice cu copilul, acesta poate dezvolta stări de panică ce reiterează trauma trăită. Panica poate fi însoțită de plâns, țipete, agitație motrică. În aceste momente, apropierea fizică a terapeutului, îmbrățișarea și reținerea copilului pentru a-i stopa agitația motrică ar putea fi conduite terapeutice adecvate.

În *dozarea proximității cu copilul,* terapeutul trebuie să țină seama de faptul că simpla lui prezență fizică influențează copilul și că în funcție de starea acestuia, prezența fizică trebuie să se facă simțită mai puternic, interacțiunea să fie mai provocatoare sau mai reținută.

A nu fi o prezență intruzivă pentru copil, pentru a nu-l speria, dar în același timp a nu-l lăsa să se simta singur, constituie elemente importante ale nuanțării prezenței terapeutului. Ca terapeut, trebuie să fii pregătit, receptiv, flexibil pentru realizarea acestui echilibru delicat, necesar în relaționarea cu copilul maltratat.

Indiferent de tehnica de intervenție, relaționarea adultului cu copilul va trebui să păstreze aceste nuanțe. «Orice intervenție care nu se bazează pe acest gen de *comunicare terapeutică* cu copilul nu numai că nu va fi eficientă, dar va fi adesea percepută de către copil ca o altă situație abuzivă la care este supus.» (Killén, 1993)

Modalități de intervenție în cazul copiilor abuzați și neglijați

Numeroase studii, inspirate din teoria atașamentului, au arătat că, în cazul copiilor abuzați sau neglijați, existența unei *figuri de referință*, de atașament, în afara familiei sau a instituției în care erau victime, putea fi salvatoare, ajutându-i să facă față mai bine situației maltratante și să dezvolte mai puține reacții defensive.

Pe aceste observații se bazează proiectele de tipul «*Big Brother*» care au o largă răspândire în cazul copiilor cu risc de abuz.

Un asemenea proiect desfășurat pe perioada unui an, în Belgrad, cu studenți de la științe sociale și copii dintr-o casă de copii, a dat rezultate pozitive, peste așteptările organizatorilor, așa cum relatează Prof. Ivan Vidanovici de la Catedra de Asistență Socială a Universității din Belgrad (1997).

Pentru copiii din centrele de plasament, ca și pentru copiii din familiile monoparentale și deci cu risc crescut de abuz, acest gen de intervenție este ușor de organizat, iar costurile sunt foarte mici.

Pregătirea «fraților mai mari» voluntari, referitor la specificul acestor copii, formalizarea întâlnirilor cu supervizorii sunt pași necesari în construirea acestui tip de intervenție.

Ceea ce se oferă în aceste intervenții de «unu la unu», ca și în cazul rețelelor sociale și a grupurilor de sprijin, este *suportul social*. Copilul victimă se simte acceptat așa cum este, încurajat să-și manifeste dorințele, trăirile în situații cotidiene.

Biserica poate juca un rol activ în oferta de suport social.

Un gen de intervenție mai puțin utilizată cu copiii sunt *grupurile de sprijin*. Copii având același tip de experiență, comunicând trăirile și felul în care au depășit momentele dificile, resursele de sprijin la care au apelat și disponibilitatea acestora, pot fi de maximă utilitate în lucrul cu un anumit caz atât sub forma unor *grupuri de sprijin, cât și al construirii ca rețea*. În ultimul timp, s-au constituit cu succes astfel de grupuri și rețele în cazul copiilor abuzați sexual și provenind din familii cu un mare grad de violență și alcoolism (Killén, 1993). Organizarea unor activități de timp liber cu aceste grupuri de sprijin, având valențe *educative*, potențează efectul de reabilitare a copilului victimă prin participarea la grupurile de sprijin.

Grupurile de sprijin pot completa intervenția directă a terapeutului cu copilul. *Grupul dizolvă sentimentul de izolare* și de trăire a unei experiențe care-l îndepărtează de ceilalți copii de vârsta lui.

6. PLANUL DE INTERVENȚIE

Pentru asigurarea securității copilului prima întrebare care se pune și prima măsură care se ia, după semnalarea cazului, este: *«Poate rămâne copilul în continuare acasă/în instituție?»*

Urmează alte întrebări pe care se construiește planul de intervenție:
- sunt necesare măsuri imediate sau acestea pot fi temporizate?
- sunt necesare măsuri juridice?
- în ce măsură intervenția se poate asigura pe bază de voluntariat și în ce măsură trebuie să fie implicați specialiștii?
- care sunt persoanele, specialiștii, serviciile chemate să se implice?
- ce responsabilități vor avea fiecare dintre factorii de intervenție?
- care este ordinea cronologică a acțiunilor care alcătuiesc intervenția?
- cine ar mai trebui, pe lângă copil, să devină ținta intervenției?

Toate aceste întrebări și răspunsuri inerente intervenției în cazul copilului maltratat pledează pentru necesitatea *unui plan de intervenție*. Acesta se întocmește pe baza unei evaluări complete a tuturor factorilor implicați, *a nevoilor și resurselor existente*. Planul va concerta toate eforturile, într-o logică țintită pentru reabilitarea copilului și schimbarea mediului de viață maltratant în unul favorabil creșterii și educării copilului.

Planul de intervenție stabilește *obiectivele* de intervenție. Acestea sunt de două tipuri: pe o durată mai scurtă și pe o durată mai lungă de timp. Utilizarea unui plan de intervenție prezintă pentru echipa de intervenție numeroase avantaje:
- armonizează intervențiile venite din diferite servicii, cu diferiți profesioniști și eventual cu voluntarii necesari;
- dă posibilitatea evaluării eficienței intervențiilor;
- ajută la stabilirea unui echilibru în fiecare moment între nevoi și resurse;
- păstrează clare obiectivele în cadrul fiecarei acțiuni cu victima;
- dă coerență acțiunilor, menținând permanent filosofia intervenției în atenția echipei de intervenție.

Planul de intervenție se construiește pentru cele trei niveluri ale intervenției (Killén, 1998):

a) nivelul inter-instituțional și multidisciplinar;

b) nivelul rețelei sociale;

c) nivelul individual care presupune procese educaționale, terapeutice și de consiliere, concentrate pe unitatea de intervenție (părinte, educator, copil, interacțiunea părinte-copil sau educator-copil, familia sau instituția).

a) La *nivelul instituțiilor* implicate, planul va preciza responsabilitățile în fiecare din pașii constituenți ai planului general de intervenție. De exemplu, dacă se consideră că este nevoie de scoaterea temporară a copilului din familie, iar copilul necesită îngrijiri medicale, atunci internarea lui într-un spital de pediatrie este un pas necesar al intervenției. În acest moment, planul va ține seama de următoarele momente care se impun din perspectivă medicală:

- admiterea copilului la spital pentru diagnosticare;
- separarea copilului de părinți și protejarea lui;
- planificarea unei întoarceri securizante acasă (terapia agresorului și a familiei);
- reinserția progresivă a copilului în mediul familiei sau în instituție.

Continuarea intervenției medicale depinde de armonizarea inter-instituțională pe care o face planul.

b) La *nivelul rețelei sociale*, planul va identifica și acorda responsabilitățile corespunzătoare unor persoane din mediul de viață al copilului sau unor voluntari apreciați de către echipa de intervenție ca fiind potriviți spre a se implica într-un anumit fel cu actorii situației de maltratare a copilului. Urmărind să construiască rețeaua de sprijin în jurul copilului-victimă, a părintelui/educatorului-agresor, al familiei/instituției, planul va identifica *resursele umane* disponibile, va fixa responsabilitățile și cronologia intervenției. Construirea rețelei sociale în jurul cazului, presupune implicarea nu doar a serviciilor și a profesioniștilor, ci și a unor persoane din afara sistemului inter-instituțional implicat. Intervențiile la nivelul rețelei sociale vor beneficia de o evaluare continuă realizată prin supervizarea și înregistrarea rezultatelor de către un specialist, membru al echipei de intervenție. Planul de intervenție îl desemnează pe membrul echipei de intervenție care va prelua această responsabilitate.

c) La *nivel individual*, intervenția terapeutică are ca scop restaurarea relațiilor umane prin recunoașterea și acceptarea persoanei considerate ca *un întreg*. În această muncă se naște o relație mutuală, de respect și tandrețe, între terapeut și beneficiar. Terapeutul nu își propune să rezolve problemele pacientului său, ci să-l acompanieze în dezvăluirea propriei suferințe și în procesul de eliberare de această suferință. Scopul terapeutului este de a-l sprijini pe beneficiar pentru a căpăta un plus de maturitate și a face astfel față, într-un mod mai adecvat, problemelor pe care le întâmpină (Robert-Ouvray, 2000). Aceste considerații generale sunt valabile indiferent dacă subiectul cu care lucrează terapeutul este copilul victimă, părintele sau educatorul agresor sau familia/instituția în care se produce abuzul sau neglijarea copilului, luate ca unități de intervenție. Ceea ce va diferi sunt tehnicile de intervenție.

Planul de intervenție, bazat pe evaluarea situației, va fixa tipul de intervenție cel mai nimerit pentru fiecare actor implicat în maltratarea copilului.

În măsura în care se vor considera necesare acțiuni *educative*, acestea pot fi adresate unui individ, grup sau întregii comunități. Planul va fixa și metodele educative adecvate, tehnicile de intervenție vizând educația.

Dacă evaluarea va evidenția nevoia unor restructurări ale personalității celor implicați, a abordării structurilor psihice profunde, planul de inter-

venție va fixa psihoterapeuții și serviciile specializate care trebuie sa fie implicate.

Profesioniști pregătiți în acest scop vor putea răspunde nevoii de consiliere. Cu privire la poziția intervenientului în cazul consilierii, Davis (1993) face următoarele precizări:

- să respecte libertatea individului de a-și alege soluția care i se pare potrivită;
- să faciliteze procesul de luare a deciziei de către individul beneficiar;
- să încurajeze eficacitatea individului;
- să îl sprijine în explorarea atentă a situației/problemei;
- să cadă de acord și eventual să negocieze scopurile cu beneficiarul;
- să furnizeze informațiile relevante într-un mod clar și eficient.

Așadar, în consiliere, specialistul desfășoară o tehnică maieutică de soluționare a problemei. Dar resursele, calea, aparțin beneficiarului care este ajutat doar să le conștientizeze pe deplin și să le urmărească în practică.

Cunoașterea a cât mai multor tipuri de proiecte de intervenție și a rezultatelor obținute poate inspira dezvoltarea rețelei de servicii comunitare și poate conduce la formarea abilităților adecvate de intervenție ale specialiștilor. Iată de ce ne propunem să exemplificăm prin tipurile de servicii care s-au dezvoltat în diverse țări ale lumii, sub forma unor proiecte pilot, având la bază filosofii distincte cu privire la producerea fenomenului de maltratare a copilului. Aceste proiecte au adus în momentul evaluării un plus de informații privind cauzele și mecanismele de funcționare ale situației abuzive.

Piatra de temelie a intervenției în toate aceste proiecte pilot o constituie planul de intervenție care-și construiește specificitatea din *nevoile și resursele identificate în cadrul viziunii* pe care se bazează.

Proiectul din Denver

Proiectul a plecat de la observația făcută de Steele și Pollock (1970), Jones și Jones (1993) privind incidența mare a nevrozelor, a tulburărilor caracteriale și a unui grad de depresie mai crescut la părinții agresivi.

Factorii cheie pe care îi identificăm în situația abuzivă sunt:

- lipsa unei conduite materne corecte de îngrijire a copilului;
- inversarea rolurilor (părinții așteaptă din partea copiilor să-și rezolve singuri problemele afective și chiar să-și ajute părinții în rezolvarea problemelor lor emoționale);
- existența unor modele parentale abuzive în copilăria părinților.

Steele și Pollock au subliniat rolul factorului cultural care face ca în societăți diferite același eveniment să fie privit în moduri diferite.

În viziunea celor din Denver, esențialul intervenției constă în corectarea *experienței educative* a părinților. Părinții sunt educați să-și identifice nevo-

ile lor și să caute satisfacerea acestor nevoi în relațiile cu alți adulți și nu prin copii. Copilul este, mai ales la începutul proiectului, plasat într-un mediu provizoriu securizant. Grupul din Denver intervine și pentru reducerea stresului social la care sunt supuse familiile abuzive.

Această intervenție presupune cel mai adesea o dependență îndelungată a părinților de terapeut. Specialistul, asistent social sau educator, poate însă implica voluntari în relația cu familia, în măsura în care părinții nu sunt bolnavi mintal.

Voluntarul lucrează sub stricta supervizare a specialistului. Rolul său este acela de prieten și ocrotitor al părinților. Intervenția este direcționată spre modificarea tiparului parental. Acest lucru se realizează prin sprijinirea consistentă a părinților și educarea lor prin diverse metode. Persoana care intervine direct pe lângă părinți va juca rolul «mamei bune», rol de care acești părinți abuzivi au o nevoie disperată. Acest rol este placa turnantă a întregii intervenții.

S-a observat că, în timp, majoritatea părinților răspund pozitiv și devin capabili să-și trateze în mod realist copiii.

Proiectul din Denver a fost reluat în *Marea Britanie*, cu anumite modificări. Considerându-se că maltratarea copilului face parte din complexul de manifestări al conflictelor maritale, se impune abordarea ambilor părinți. Au fost introduși doi terapeuți, câte unul pentru fiecare părinte. Acest lucru apărea ca o rezolvare a stării de competiție pentru putere dintre cei doi părinți, generată de imaturitatea lor. Aceasta intervenție s-a dovedit mai utilă în cazul cuplurilor tinere.

Psihoterapia familiei se face în centre spitalicești speciale, unde este internată întreaga familie. S-a constatat însă că nu în toate cazurile această metodă dă roade.

În cazul părinților considerați inadecvați pentru acest gen de intervenții, copilul este scos din familie și plasat în locuri care îi oferă siguranță și protecție.

După întoarcerea acasă a familiei, se continuă supervizarea și sprijinirea părinților la domiciliu, de către personalul din spital.

Copilul poate continua să beneficieze de îngrijiri speciale și după întoarcerea acasă.

Proiectul din Boston

Acest proiect de intervenție de inspirație psihanalitică se bazează pe ideea că abuzarea copilului de către părinte înseamnă transferul sentimentelor de ura de sine a părintelui asupra propriului copil. Scopul intervenției prin terapia de grup a părinților este de a-i face să recunoască aceste procese emoționale precum și efectul lor distructiv asupra copilului și a familiei.

Proiectul *Centrului de Părinți pentru Studierea și Prevenirea Abuzului Copilului* se compune din două părți:

- centrul de zi terapeutic pentru copii, unde copiii sunt aduși zilnic cu un mijloc de transport asigurat de centru;
- grupul de părinți, care se reunește o seară pe săptămână, sub conducerea a doi terapeuți: un bărbat și o femeie.

Toate familiile din proiect au acceptat de bunăvoie să participe. Proiectul nu oferă ajutor material. Părinții sunt încurajați să participe în cadrul centrului la îngrijirile cotidiene ale copiilor lor. Terapeuții nu se ocupă de cazuri individuale deși, dacă sunt chemați la telefon de către părinți sau dacă este cerută vizitarea familiei acasă sau este necesară intervievarea în cabinet a unui caz, ei sunt disponibili.

În cazul copiilor maltratați, deja după trei săptămâni de frecventare a centrului s-au observat ameliorări ale comportamentului. Evaluarea rezultatelor proiectului, făcută după trei ani, a arătat că intervenția a împiedicat reiterarea abuzului fizic asupra copilului și a constituit un cadru de dezvoltare și creștere propice pentru copii. Copiii au devenit mai puțin vulnerabili la schimbările de stare psihică a părinților. Ca urmare a terapiei de grup, relațiile dintre soț și soție s-au ameliorat conducând la scăderea tensiunilor în familie.

Proiectul valorizează rolul de părinte făcându-l pe acesta să se simtă capabil, validat, în funcția de părinte.

Pentru reușita intervențiilor în cazul proiectului din Boston, părinții trebuie să participe de bunăvoie la grup, să-și dezvolte conștiința de sine în grup și sunt încurajați să solicite singuri sprijinul terapeuților. Aceasta înseamnă că părinții cu resurse emoționale scăzute, părinții imaturi, vor beneficia mai puțin de acest tip de intervenție.

Ședințele de psihoterapie de grup sunt axate, în marea lor majoritate, pe nevoia de dragoste și acceptare a părinților, pe dorința lor de protecție și îngrijiri și pe posibilitatea unor stimulări și schimburi emoționale în grup. În plus, față de terapia de grup, părinții participând la proiectul din Boston pot beneficia de sesiuni de formare în care dobândesc cunoștințe legate de îngrijirea și dezvoltarea copilului, comunicare etc.

În unele situații, ca și la proiectul din Denver, copiii sunt plasați inițial în afara familiei, în centre rezidențiale care le asigură o îngrijire propice pentru reabilitarea și dezvoltarea lor. Revenirea copilului în familie se face treptat, la început câteva ore pe zi și sub o supervizare strictă a asistentelor medicale.

Orientările practicii mai recente consideră că o soluție mai corectă este scoaterea părintelui abuziv din mediul familial pe perioada intervenției. Plasarea copilului în afara familiei poate fi trăită de către acesta ca o

pedeapsă care îi validează sentimentul vinovăției pe care îl are în relație cu părintele abuziv.

Proiectul «Familii de sprijin – Quebec»

Proiectul se bazează pe ideea de «suport social» despre care autoarele lui afirmă că «în mod mai mult sau mai puțin formal, toată lumea are nevoie de sprijin pe perioada unor sarcini dificile, cum ar fi o separare sau o boală gravă» (Jourdan-Ionescu, Desaulniers, 1999). Suportul social este identificat în literatura de specialitate ca având cinci dimensiuni:

- suport emoțional (empatie, interes față de persoană);
- suport prin considerație (imagine pozitivă asupra persoanei beneficiare ceea ce o face să se simtă competentă și valorizată);
- suport tangibil sau instrumental (asistență directă);
- suport pe plan informațional (sfaturi, feed-back asupra acțiunilor);
- suport de rețea (sentimentul apartenenței la un grup cu interese și activități sociale comune).

Proiectul a fost inițiat în 1991, pentru 31 de familii cu copii cu dificultăți de adaptare, de către Palacio-Quintin, Ethier, Jourdan-Ionescu și Lacharité. A luat naștere în cadrul unui program de intervenție în cazul familiilor violente și neglijante. Funcționarea proiectului se bazează pe un plan de intervenție clar, în care sunt implicate familii neprofesioniste dar formate și supervizate să acompanieze și să sprijine cotidian familii în dificultate.

Acest tip de intervenție «neprofesionistă» poate fi văzută în complementaritate cu intervențiile tradiționale. Rolul profesionistului care supervizează intervenția familiilor este de a orienta aportul familiei neprofesioniste în interiorul planului de intervenție, de a o superviza pentru a menține intervenția pe direcția stabilită prin plan și de a relua, împreună cu familia, elementele dificile ale relației de sprijin.

7. INTERVENIENTUL, ECHIPA, INSTITUȚIILE IMPLICATE

Deoarece acești factori constituie partea «specializată» a intervenției, ne vom ocupa în continuare de câteva aspecte importante privind buna lor funcționare. Ne vom referi la nivelul inter-instituțional și interdisciplinar din planul de intervenție (6.a.), dar și la nivelul individual al intervenției, cu unitatea de intervenție fixată (6.c.).

Profilul intervenientului: calități și roluri

Intervenientul în situații de maltratare a copilului va trebui să facă față unui complex de sentimente: *suferinței copilului maltratat, a părintelui care*

adeseori este speriat de propria agresivitate și, în același timp, propriilor trăiri ca persoană care a avut anumite experiențe în copilărie, care probabil este părinte și trăiește noi experiențe legate de acest tip de situații.

«Cu toții recunoaștem faptul că intervenienții în maltratarea copilului lucrează într-un câmp supraîncărcat emoțional» (Killén, 1998).

În ultimii ani, acest aspect al muncii profesioniștilor care acționează în situații de abuz sau neglijare a copilului a căpătat o atenție specială. S-au identificat 11 tipuri de sentimente sau conflicte care interferează constant în intervențiile în situații de maltratare a copilului:

- anxietate în legătură cu posibile agresiuni din partea părinților, mai ales în legătură cu decizia de a plasa copilul în afara familiei;
- negarea sau inhibarea furiei;
- nevoia de recompensare emoțională din partea pacientului;
- lipsa suportului profesional;
- sentiment de incompetență;
- negarea;
- proiectarea responsabilității;
- sentiment de responsabilitate totală față de familie;
- dificultăți în separarea responsabilităților profesionale de cele personale;
- sentiment de victimă;
- sentimente ambivalente față de pacienți, de rol profesional și de nevoia de a fi controlat.

Unii autori vorbesc despre *transferul și contratransferul* dintre pacient și intervenient (Killén, 1996). *Transferul* este mecanismul prin care pacientul atribuie terapeutului calitățile pe care le-a perceput la figura de atașament de care a beneficiat în copilărie. *Contratransferul* este răspunsul emoțional al terapeutului la transferul pe care pacientul l-a făcut asupra lui. Aceste emoții sunt doar parțial conștiente și se referă la copilul abuzat, la părintele abuziv și la situație în general. Pollak și Levy (1989, după Killen, 1996) descriu emoțiile din contratransfer ca fiind: teamă, vinovăție, rușine, furie și simpatie.

Dând dreptate lui Elliot care spunea că «omenirea nu este în stare să înfrunte prea mult timp realitatea», Killén consideră că negarea situației este un proces cu care avem mereu de a face în societatea noastră și nu e doar o fază, așa cum susținea Kempe cu referire la copilul bătut. Killén (1996) prezintă rezultatele unui studiu făcut pe 86 de intervenienți, de diferite profesii, în cazuri de maltratare a copilului. «Concluzia studiului m-a șocat; a arătat cu claritate că noi suntem mai preocupați să ne *protejăm* decât să-i protejăm pe copii și părinți.»

Pentru a se apăra de realitățile familiilor abuzive precum și de propriile lor reacții emoționale, profesioniștii dezvoltă strategii defensive. Sentimentele de agresivitate, durere, anxietate constituie bariere serioase atât pentru

clinicieni, cât și pentru cercetători. În virtutea acestor mecanisme defensive anumite aspecte ale situațiilor «nu vor fi văzute» (Killén, 1996).

Rolurile jucate de intervenient în raporturile cu beneficiarii pot fi cele de *expert, ghid, partener.*

Atitudinea *empatică* în intervenția cu copilul și familia agresivă este de maximă importanță în stabilirea unei relații de *parteneriat* în intervenție. Comunicarea cu copilul maltratat se poate face doar bazându-ne pe calitățile empatice. Empatia ar putea fi un criteriu de selecție pentru profesioniștii care optează să activeze în acest domeniu. Numai comunicarea sinceră poate fi terapeutică, poate «vindeca» familia și copilul maltratat. Capacitatea empatică asigură o cunoaștere a lucrurilor dincolo de cuvinte (Segal, 1999).

Copiii victime sunt adesea incapabili să transpună în cuvinte cele petrecute. Cuvintele sunt instrumente ale rațiunii, ale lucrurilor care se lasă numite, dar «nu poți cunoaște decât cu inima» spunea Micul Prinț[3]. S-ar putea ca limbajul copilului să nu fie atât de dezvoltat încât să-i permită expunerea evenimentului traumatizant. Din punct de vedere fiziologic, trauma afectează structurile profunde ale creierului și deci nu există o legătură directă între acestea și cele ale limbajului.

Capacitatea empatică este condiționată de propria experiență a terapeutului, încă din copilarie, cu ceilalți, cu cei care l-au iubit și îngrijit. Dacă nu a avut parte de empatie, de rezonanță afectivă din partea celorlalți, ca adult nu va fi capabil de empatie. Capacitatea empatică a individului poate fi evaluată și poate fi antrenată prin exerciții speciale.

În toate situațiile, intervenientul va trebui să găsească modalități de a comunica sincer cu victima. Sinceritatea înseamnă a nu ascunde adevărul, dar, în același timp, a ști să-i atenuezi duritatea înspăimântătoare pentru persoana în dificultate, prin *solidaritatea* cu persoana în demersurile necesare depășirii situației. Această solidaritate nu trebuie doar afirmată, ci persoana trebuie să fie convinsă[4] de existența ei.

Există momente, în special cele de panică, de criză acută, în care specialistul va juca rolul de *expert* trasând liniile directoare ale acțiunilor care se cer întreprinse și impunând beneficiarilor să urmărească aceste direcții. Este un rol salvator în anumite momente, dar în care specialistul nu se poate cantona prea mult timp decât cu riscul deprofesionalizării sale. Echipa va urmări scoaterea relației cu beneficiarii de pe acest tărâm periculos pentru toți cei implicați și plasarea ei sub auspiciile respectului pentru individualitatea beneficiarului și a dreptului său de a decide, de a opta pentru sine.

Rolul de *ghid* este jucat de către profesioniști mai ales în desfășurarea acțiunilor educative cu beneficiarii. Ghidul dispune de informațiile adecvate momentului intervenției, dar nu interacționează motivațional cu beneficiarii.

Deși este greu de realizat un rol pur, specialiștii tind în acțiunile lor spre realizarea unui parteneriat cu beneficiarii. Acest raport se bazează pe respectul reciproc și recunoașterea reciprocă a expertizei.

Așa cum a rezultat din descrierea unor tehnici de intervenție, specialistul are nevoie, pe lângă o formație specială și de multă creativitate și flexibilitate în abordarea cazurilor de maltratare a copilului. Uneori, tehnicile cunoscute se dovedesc ineficiente și specialistul este pus în situația de a inventa metode de lucru adecvate personalității beneficiarului.

Riscul epuizării profesionistului este în aceste intervenții mai mare decât în alte intervenții cu beneficiari în dificultate. Această epuizare, în condițiile unui stres emoțional deosebit, poate duce la o blazare și chiar la un cinism al profesionismului în relația cu beneficiarii. Intervenientul are nevoie de propriile modalități de protecție care pot veni printr-o *analiză continuă* a sentimentelor și resentimentelor, printr-o atentă *separare* a emoțiilor generate de propriile experiențe, de emoțiile specifice situației date. Acest aspect este unul din motivele nevoii de acțiune în echipă, precum și a existenței unui supervizor al intervenientului. O atitudine protectoare este aceea din care intervenientul evidențiază aspectele noi, de *învățare*, de dezvoltare profesională sau individuală pe care i le provoacă o anumită situație în care intervine.

Killén (1993) sfătuiește intervenienții să încerce să aibă o largă *înțelegere* a cazului din care, prin combinare cu *empatia și creativitatea*, pot apărea *tehnici inovatoare de abordare*. Ea pledează pentru o strategie de intervenții izvorâtă dintr-un proces de diagnostic sistemic și integrativ. Această abordare vizează *interacțiunile* în familie, cu factorii individuali și sistemici, ținând de istoricul familiei și în același timp de condițiile de moment și *interacțiunea* între familie și rețelele ei sociale și profesionale. Acest mod de intervenție necesită o formare specială a profesionistului. Acesta, pe lângă cunoștințele teoretice privind dezvoltarea copilului, funcționarea familiei, atașamentul și trauma, are nevoie să lucreze cu cazuri concrete, sub directa supervizare a formatorilor. Căci numai lucrul concret va putea să dea viitorului intervenient abilitățile practice necesare și de asemenea cunoașterea propriilor limite profesionale și dorința depășirii lor.

Empatia și atitudinea de respect față de suferință îl va face pe intervenient să găsească intuitiv cele mai potrivite modalități de a comunica cu victima.

Un important aspect care condiționează reușita este *autoritatea profesională* a intervenientului. «Autoritatea profesională constă în asumarea responsabilității pentru judecata profesională formulată asupra cazului» (Killén, 1993). *Autoritatea profesională* va baza intervenția pe înțelegerea tiparului interacțional și a proceselor care au loc în familie și nu pe sistemul de valori și credințe personale ale intervenientului.

Un profesionist cu autoritate nu este autoritar. A fi autoritar cu pacienții înseamnă a exprima tendințe personale de a domina situația și persoanele. Aceasta conduce la nereușită în intervenție atingând distructiv stima de sine a părinților, a pacientului în general, confirmând încă o dată credința comună persoanelor aflate în dificultate că: «nu poți avea încredere în nimeni». A fi autoritar denotă adesea o atitudine defensivă, de protejare a nesiguranței profesionale, a unei pregătiri insuficiente, care trasează limite foarte înguste între care intervenientul poate evolua cu siguranță.

S-ar părea că rolul de expert face uz mai mult de autoritarism decât de autoritatea profesionistului. În realitate, o intervenție eficace înseamnă păstrarea autorității profesionale, indiferent de rol, concomitent cu evitarea căderii în autoritarism.

«Folosirea autorității profesionale merge de la încercarea influențării directe a comportamentului parental prin împărtășirea cu ei a grijilor, prin sublinierea nevoii de schimbare, uneori prin fixarea unor limite și a controlului și până la plasarea copilului în afara familiei, la un moment dat, dacă aceasta se dovedește necesar» (Killén, 1993).

Autoritatea profesională se bazează pe înțelegerea situațiilor de abuz și neglijare, lăsând la o parte propriile trăiri ca persoană, și grija față de cei cu care intervii, dorința de a le fi util, respectul.

Autoritatea profesională impune respect și încredere părinților în vreme ce autoritarismul îi face să se simtă vinovați, incapabili, lipsiți de înțelegere și sprijin și în același timp să devină defensivi cu intervenientul, dezavuându-i profesionalismul.

Specialiștii necesită, pe lângă formarea de bază, generală, în anumite tehnici de intervenție, o formare concretă, *pe cazuri concrete* întâlnite în practică, care să inventarieze și să pună în discute resursele existente și abilitățile practice de intervenție.

Echipa multidisciplinară de intervenție

Modul și serviciul la care se face semnalarea cazului schițează și echipa de intervenție. În general echipa va fi alcătuită din: medic, asistent social, psiholog, jurist, polițist, voluntari.

Fiecare membru al echipei are sarcini precis descrise, prin specificul profesiei și al serviciului din care provine, dar, în același timp, anumite intervenții vor fi mai puțin specifice și vor constitui sarcini comune pentru toți membrii echipei.

Medicul implicat în intervenție, membru al echipei, poate fi pediatru, medic de familie, neuro-psihiatru, medicul din clinica pentru copii, având o pregătire specială în domeniul prevenirii abuzului și a neglijării copilului.

Funcționarea echipei presupune desemnarea unei *persoane cheie* (persoană responsabilă, persoană releu) pentru caz. De regulă, persoana cheie este asistentul social care are în acest rol, următoarele sarcini:

- să se asigure de corecta colectare și înregistrare în documente a informațiilor rezultate din intervențiile tuturor membrilor echipei;
- să refere cazul la serviciile existente în comunitate;
- să fie persoana de legătură între membrii echipei;
- să fie persoana de contact pentru profesionistul care intervine într-un anumit moment, legat de problemele care pot apărea;
- să fie persoana de contact direct, permanent, pentru caz;
- să convoace și să organizeze întâlnirile pentru discuțiile de caz;
- să aibă în permanență o inventariere actualizată a nevoilor și resurselor existente la indivizii implicați, dar și în comunitate, pentru cazul dat;
- să monitorizeze cazul.

Când în serviciile de reabilitare sunt implicați voluntari, aceștia acționează sub supervizarea specialiștilor din echipă. Voluntarii pot acoperi lipsa de timp sau disponibilitate pentru o implicare mai profundă a specialiștilor. Ei răspund orientărilor noi în intervenție, în care relația cu clientul devine cu atât mai benefică cu cât depășește raporturile strict formale. Dar acest tip de relaționare necesită timp și nu este întotdeauna la îndemâna specialiștilor. Această nevoie o poate acoperi însă activitatea voluntarilor.

Nici un profesionist luat izolat nu-și poate asuma responsabilitatea girării unui caz de maltratare a copilului, în care există riscul frânării dezvoltării, al stopării sau al regresului și chiar al morții copilului victimă.

Fiecare membru al echipei este, în același timp, reprezentantul unui serviciu, astfel încât funcționarea echipei multidisciplinare implică o intervenție la nivel inter-instituțional.

Întâlnirile echipei se planifică prin *planul de intervenție* care este un document al intervenției produs de echipă. Întâlnirile au rolul de completare reciprocă a informației asupra intervenției și în același timp de armonizare a acțiunilor și de concertare a lor. Convocarea membrilor echipei multidisciplinare o face *persoana cheie* a cazului, care va anunța, în același timp, agenda de lucru și durata întâlnirii. Aceste întâlniri și, mai ales, concluziile lor cu privire la procesul de intervenție, sunt consemnate în procese verbale care vor rămâne în dosarul cazului, la dispoziția membrilor echipei care doresc să își verifice informațiile.

Există însă un risc major ca activitatea echipei, bine selecționată și pregătită, să devină *abuzivă* pentru copilul maltratat. Este un aspect care adesea se pierde din vedere tocmai datorită pledoariei care se face în favoarea intervenției în echipa multidisciplinară. Solicitarea copilului, de către fiecare membru al echipei, la repetarea relatării experienței traumatizante reprezinta o reiterare a abuzului și astfel sentimentele copilului sunt reactualizate. Reacțiile copilului pot fi variate. Înțelegerea lor corectă depinde de buna pregătire a intervenientului. Copilul retrăiește evenimentul care i-a atenuat, blocat sau produs un regres în dezvoltare. Așadar echipa trebuie să își orga-

nizeze în așa fel planul de intervenție și activitatea pe caz încât relatarea copilului victimă să se facă față de o singură persoană, membră a echipei.

Principiile de lucru ale echipei de intervenție, alcătuită din profesioniști cu autoritate, sunt *deschiderea, acceptarea* și *toleranța.*

Respectarea acestor principii de lucru între membrii echipei și între aceștia și beneficiari va condiționa eficiența intervenției.

Eficiența în intervenție

Într-o lume preocupată de eficiență, de obținerea unor rezultate convingătoare cu costuri cât mai mici, una dintre întrebările care se ridică în legătură cu intervenția este *durata* acesteia.

Deși nu există o limită de timp prescrisă, evaluările făcute după anumite perioade de desfășurare a unor proiecte de intervenție au ajuns la rezultate care pot fi considerate valabile orientativ. Astfel, evaluarea unor proiecte de intervenție, bazate pe abordarea în rețea a situațiilor de neglijare a copiilor, a demonstrat că după numai nouă luni de intervenție:

- 80% din familii și-au ameliorat comportamentul parental de la unul de neglijare chiar severă a copilului până la un comportament evaluat ca acceptabil;
- 60% din familiile cu care s-a intervenit au constituit un succes deplin, cazurile fiind închise după nouă luni.

Investigații ulterioare au arătat o recădere în cazul a 64% din familii, în condiții de stres crescut (Killen, 1993).

Eficiența intervenției va depinde de măsura în care *întregul mediu* de viață al copilului este luat în considerare și abordat terapeutic. Deși abuzul unui copil apare în interacțiunea copilului cu persoana care îl maltratează, întreaga familie sau întreaga instituție în care trăiește copilul trebuie avută în vedere în intervenție, deoarece cauzele maltratării pot ține de caracteristicile generale ale mediului (familie sau instituție) și maltratarea care se produce are consecințe asupra existenței întregului sistem.

Eficiența intervenientului este condiționată *de cunoștințe, filosofia de intervenție, experiență și atitudini.*

Calitatea intervenției este condiționată de *cunoștințele* de specialitate ale celui care intervine. Cunoștințele și empatia generează o atitudine față de pacient, victimă sau agresor, și față de situație.

Capacitatea intervenientului de a respecta suferința copilului sau a părintelui se manifestă în gesturile cu care primește, ascultă, asistă suferința pacientului. Această capacitate se formează prin antrenament. Dacă empatia, capacitatea de a intui și a cunoaște fără cuvinte este parțial înnăscută, deprinderile de a respecta și asista suferința se formează.

În absența formării, intervenientul va acționa pe baza bunului simț, generat de *reprezentările sociale comune*. Gesturile lui vor avea ca scop mai degrabă autoprotecția decât sprijinul pentru cel aflat în dificultate. De exemplu, în mentalitatea românească, atunci când cineva plânge, primul lucru pe care-l spune persoana martoră este: «nu mai plânge... încetează... mi s-a întâmplat și mie... știu cum e... (sau) mai știu pe cineva căruia i s-a întâmplat și nu a fost așa o tragedie».

Această atitudine însă are un rol defensiv și nu unul de asistare a suferinței. Plânsul victimei necesită ascultare așa cum cuvintele necesită ascultare empatică. Să știi să rămâi lângă cel care plânge, stăpânindu-ți disconfortul pe care-l resimți, rezonând cu suferința lui, înseamnă un moment de valoroasă intervenție care-l convinge pe cel aflat în nevoie că nu este singur, că este înțeles în demersurile lui de a depăși situația dificilă, de a găsi soluții și de a avea energia necesară spre a le pune în practică. Pe de altă parte, plânsul are și rolul unei descărcări nervoase care va putea înlesni comunicarea ulterioară prin cuvinte.

Crearea oricărui serviciu de specialitate eficient începe cu formarea specialiștilor, construirea unei viziuni și a unui limbaj comun al echipei asupra cazurilor în care se intervine, cu asigurarea unei supervizări a intervenienților.

Într-o strategie de intervenție eficientă, un element important este *locul de desfășurare al întâlnirilor* cu beneficiarii. Dacă în anumite etape sunt recomandabile întâlniri cu membrii familiei în afara teritoriului familiei, în alte etape ale intervenției, întâlnirile *pe terenul familiei*, acolo unde apar și se consumă actele de violență, devin obligatorii.

În consecință, un serviciu de intervenție în caz de abuz și neglijare a copilului poate funcționa și fără să dispună de un sediu special.

Întâlnirile intervenienților cu părinții sau copilul pot avea loc în serviciile unde au fost făcute semnalările. *Grupurile de sprijin* pot funcționa în diferite servicii comunitare cum ar fi școli, biserică, primării etc., iar alcătuirea rețelelor sociale, ca și lucrul în spațiul vital al familiei, necesită muncă de teren.

Întâlnirile echipei de lucru pot avea loc în sediile serviciilor participante la alcătuirea rețelei de servicii de intervenție pentru un anumit caz.

Această viziune, în care comunitatea în ansamblu devine o țintă, un spațiu al intervențiilor, se află la polul opus față de viziunea lipsită de dinamică a specialistului văzut ca un funcționar, într-un serviciu, disponibil timp de 7 sau 8 ore pe zi.

În cultura noastră, cu o dinamică și varietate a serviciilor mai redusă, inițierea unui serviciu de acest gen, cu o utilizare largă a voluntarilor supervizați de specialiști, pare imposibilă. Cu toate acestea, costurile mult mai scăzute pe care le implică și eficiența dovedită în ultimii ani fac să crească interesul pentru acest tip de serviciu comunitar.

8. PĂRINȚII

Există două modalități de maltratare a copilului:
- *directă*, prin acțiuni care-i vatămă ființa și-i periclitează dezvoltarea;
- *indirectă*, obligându-l să fie martor la situații de agresiuni în care persoanele iubite de către copil devin victime.

Suferința e mai de durată, mai profundă la a doua categorie (Catheline, Marcelli, 1999). Aceste observații impun obligatoriu familia ca pe o unitate de intervenție.

Deoarece, așa cum am menționat anterior, intervențiile cu părinții nu conduc obligatoriu la normalizarea situației în care se află copilul victimă, iar acesta continuă să întâmpine riscul de a fi maltratat de către părinții săi, în intervențiile cu părinții este necesară o evaluare inițială și permanentă a șanselor de reușită (Killen, 1993). Acest lucru se impune din două motive:
- există familii care nu pot fi schimbate și intervenția va fi fără succes și epuizantă pentru intervenient;
- copilul crește, se dezvoltă, se schimbă în raport cu vârsta și nu așteaptă până când intervenția are succes.

Trebuie acționat de urgență, în interesul copilului.

Uneori, în intervențiile în situații de maltratare a copilului există tendința de a neglija părintele sau educatorul abuziv și de a concentra intervenția pe copil fără a lua în atenție agresorul (părinte sau educator). Ambele atitudini sunt cu atât mai dăunătoare în intervenție cu cât sunt mai rigide și împărtășite de toți membrii echipei de intervenție.

Familia reprezintă mediul natural de viață al copilului. Copilul are nevoie de familie, iar documentele care stipulează drepturile copilului formulează cu claritate această nevoie.

Dacă intervenția se face pentru interesul suprem al copilului, atunci familia copilului trebuie să redevină funcțională și aptă de a primi și crește copilul. Lucrul cu părinții sau educatorii copiilor devine o verigă obligatorie a intervențiilor pentru rezolvarea situațiilor de abuz și neglijare a copilului. Ceea ce poate diferi de la un caz la altul, în legătură cu familia, sunt modalitățile de intervenție.

Intervenția necesită așadar două planuri de lucru: cu *copilul* abuzat sau neglijat și cu *familia* lui, din care face parte cel mai adeseori și persoana responsabilă de maltratarea copilului. Dar *familia sau instituția* în care se petrece maltratarea copilului funcționează în cadrul unei *comunități* mai mult sau mai puțin sensibile, mai mult sau mai puțin tolerante față de fenomen.

Părinții au și ei nevoie de o experiență emoțională pozitivă, să simtă că există o preocupare pentru ei ca ființe umane, că sunt apărați. Această experiență pozitivă trebuie asigurată ani la rând (Bentovim, 1994). Dacă scopul intervenției este modificarea atitudinii parentale și a practicilor de creștere a copiilor, acestea pot fi mediate de personal paramedical: asistent social, vizitator de sănătate, voluntar, educatorul de la gradiniță sau personalul din centre specializate.

În anumite condiții, intervenția poate apărea beneficiarilor ca fiind *punitivă*. Acest sentiment de vină și pedeapsă pentru cele petrecute îl trăiesc familiile atunci când intervențiile sunt intruzive și în consecință distructive.

Plasarea imediată a copilului în afara familiei, în instituții de protecție, practică frecventă în România, absența unui dialog sincer, dă familiei sentimentul de *culpă și pedeapsă*. Atât copilul cât și familia își vor pierde încrederea că pot fi ajutați și că situația poate fi corectată. Intervențiile punitive nu rezolvă nimic, ci, dimpotrivă, se adaugă compunându-se vectorial cu abuzul trăit de copil.

În intervenția cu părinții se evaluează starea psihică, socială, istoria personală a părinților. Este o parte esențială și adeseori dificilă a intervenției.

Părinții pot dezvolta reacții defensive care împiedică numirea adevărului celor petrecute, comunicarea sinceră și reparatorie. Abilitățile intervenientului de a depăși reacțiile defensive ale părinților se bazează pe înțelegere și toleranță. Empatia are rolul de a dezvălui baza unor reacții mai greu de descifrat.

Este necesară o comunicare sinceră cu părinții, un joc cinstit în care să se abordeze aspectele generale și specifice ale situației date și să li se explice părinților, legitimând impulsurile care le-au generat reacțiile agresive (Killén, 1998). «*Sigur că atunci când ai făcut curat în casă și aștepți să vină cineva, te superi când vezi copiii aruncând hârtii și firimituri pe jos... Dar dacă nu apare un control al impulsului de a-i pedepsi cu asprime se poate ajunge mult mai departe decât ai dori și... Ați auzit despre mama care și-a ucis cei doi copii care au început să facă mizerie după ce ea, care era și bolnavă, de-abia terminase de spălat pe jos...?!*»

Această generalizare a situației particulare prin adăugarea de noi informații, eventual necunoscute părinților, aduce un plus de înțelegere și invită la reflecție.

În comunicarea cu părinții și educatorii abuzivi, intervenientul își va oferi sprijinul și disponibilitatea.

Obiectivul permanent al lucrului cu părinții este influențarea pozitivă a respectului de sine și a expectanțelor pe care le au față de ei înșiși.

Dacă, la început, abordarea părinților se face individual, ulterior scopurile intervențiilor cu părinții pot fi realizate cu mai mare eficiență abordându-i prin *rețeaua socială din jurul lor* și *prin grupurile de sprijin*. Aceste

modalități de intervenție în situații de abuz și neglijare a copilului prezintă următoarele avantaje:

- nu creează dependența părinților față de terapeut;
- rup izolarea socială în care trăiesc, în general, familiile abuzive.

Comunicarea dintre părinte/educator și copil are în permanență valențe educative, disciplinatorii. Părintele are funcția de educator, iar socializarea copilului se realizează prin educație. De la o cultură la alta, în funcție de reprezentarea socială asupra copilului și a educării lui, pot apărea situații de disciplinare care se transformă în maltratare a copilului. Specialistul are datoria de a identifica acest prag, de a recunoaște semnele acestui tip de maltratare și de a interveni pentru a stopa maltratarea pe care mentalitatea o consideră legitimă. Deoarece izvorul acestui tip de maltratare stă în reprezentările sociale care tolerează și chiar instigă la disciplinarea cu violență a copilului, educația întregii comunități reduce incidența maltratării. S-a dovedit că largile *campanii de sensibilizare a comunității* au ca efect o reducere semnificativă a cazurilor, în special a abuzului și neglijării fizice (Brim, în Lee, 1994).

Intervenientul are datoria de *a educa părintele* în privința unor metode neabuzive de disciplinare a copilului. Acest lucru se poate face în cadrul unor intervenții în care părinții sunt educați cu privire la metodele de creștere și educare a copilului sau se pot face prin inițierea unor proiecte comunitare în care familiile neabuzive sprijină familii abuzive în procesul construirii unor tipare de relaționare neabuzivă.

Intervenția educativă cu un părinte sau un educator abuziv, extinsă la nivelul întregii comunități, poate fi completată prin:

- grupuri de reflecție comunitară și
- grupuri de sprijin pentru victime, familii și agresori.

Grupurile de reflecție comunitară se pot constitui inter-instituțional, prin reprezentanți ai diferitelor servicii din comunitate, ai unor politicieni cu putere de a sprijini o strategie mai eficientă și ai unor organizații neguvernamentale care îndeplinesc în grupul de reflecție rolul de a face presiuni și a supraveghea dezvoltarea serviciilor și a intervențiilor în avantajul beneficiarilor. Întâlnirile acestor grupuri, adeseori mai puțin formale, conduc la identificarea și depășirea barierelor concrete, la nivel comunitar sau național.

9. EȘECUL ÎN INTERVENȚIE

Dacă succesul în intervenții depinde de *serviciile și legislația* existente, *mentalitatea* și *situația economică* a comunității, aceiași factori generali pot determina, la polul opus, eșecul în intervenții.

Posibilitatea de a eșua în intervenție este pierdută din vedere atunci când se inițiază serviciile speciale de la noi. Scopul serviciilor este succesul în intervențiile cu copiii maltratați. Dar a nu conștientiza riscul eșecului, a nu *reflecta* continuu asupra rezultatelor pozitive sau negative la care a condus o anumită intervenție în ansamblu sau într-o etapă, înseamnă a nu ameliora calitatea intervențiilor, a nu păstra o dinamică progresivă a serviciilor. Este lăsată astfel cale liberă riscului scăderii calității serviciilor prin cristalizarea unor rutini tot mai formale de abordare a ființelor umane aflate în cea mai dificilă situație existențială: situația de abuz sau neglijare. Absența reflecției cu privire la riscul de eșec determină o altă situație destul de frecventă la noi: în noile servicii continuă să lucreze persoanele care au ocupat anumite funcții și înainte, în vechile servicii de protecție a copilului. Trecerea se face cel mai adesea fără ca măcar aceste persoane cu rutini bine fixate să beneficieze de cursuri speciale de formare și de o supervizare continuă. În felul acesta ceea ce se schimbă cu adevărat este doar denumirea serviciului și nu calitatea intervențiilor.

Insuccesul este sigur și costurile materiale și umane imense și irecuperabile. Este sarcina noilor structuri de protecție a copilului din România *să țină seama de aceste lucruri atunci când apar resurse pentru crearea sau dezvoltarea serviciilor. Participarea la sesiuni de formare, interesul pentru a schimba starea lucrurilor pot fi criterii de selecție a personalului din serviciile de protecție a copilului, de la oricare nivel.*

Mentalitatea comunității cu privire la fenomen devine esențială în momentul inițierii unor servicii de specialitate.

Există deja experiențe care se constituie ca argumente ale afirmației. Astfel, au fost înființate linii telefonice de urgență pentru semnalarea cazurilor de maltratare, de către copiii victime sau de către orice martor al victimizării copilului. Deoarece comunitățile din România au încă un mare grad de toleranță față de violență și o sensibilitate foarte scăzută față de gravitatea consecințelor maltratării copilului, apelurile telefonice sunt însă rare. În plus, mentalitatea este puternic impregnată de ideea vieții private a familiei: «Rufele murdare se spală în familie».

La toate aceste neajunsuri și riscuri de eșec se adaugă *sărăcia*, evocată deja, care acționează prin blocarea posibilităților de formare a specialiștilor, de inițiere a serviciilor speciale, precum și de desfășurare a unor campanii largi de sensibilizare a comunității.

Între *dorința* de ajuta copilul maltratat, de a sprijini familia, de a lua măsuri adecvate pentru penalizarea și reabilitarea agresorului și *știința* de a o face, se poate ivi, din toate considerentele expuse mai sus, o prăpastie în care dispar intervențiile desfășurate în virtutea funcției ocupate într-un serviciu destinat copilului și familiei și sub auspiciile unui indiscutabil imbold de a ajuta. La tratamentul violent al copilului se răspunde adesea, din partea «specialiștilor» noilor servicii, cu violență, într-un mod intrusiv,

punitiv pentru părinte și cu un final de acum banal - plasarea copilului în instituțiile de protecție.

Buna *pregătire a specialiștilor* și *campaniile de advocacy*, care să sensibilizeze comunitatea și să schimbe serviciile și legile, sunt cei doi piloni pe care se pot sprijini schimbările reale în abordarea situațiilor de maltratare a copilului (Stark, Flitcraft, 1998).

Există cazuri în care lipsa intervenției provoacă mai puțină suferință decât o intervenție intrusivă.

10. CONCLUZII ȘI PERSPECTIVE

Dacă luăm în considerare frecvența mare a cazurilor de abuz și neglijare a copiilor în comunitățile noastre, banalitatea și simplitatea unor cazuri dublate de consecințele dramatice la care conduc intervențiile făcute cu autoritate și lipsă de înțelegere, nevoia creării unor servicii pentru familie și copil se impune cu stringență.

Crearea oricărui serviciu de specialitate trebuie să înceapă cu formarea specialiștilor și cu asigurarea unei supervizări a intervenienților.

Pentru că suntem la început de drum, inspirându-ne din experiența acumulată în alte țări, putem evita eșecurile inerente învățării prin încercare și eroare. Realitatea noastră socio-economică nu permite copierea unor servicii, proiecte, intervenții din alte culturi, dar informația corectă asupra dezvoltării lucrurilor în alte părți ale lumii ne poate inspira și orienta propriul drum.

Situația copilului maltratat *nu trebuie psihiatrizată*. Contextul socio-cultural își pune amprenta pe modul de manifestare a fenomenului și, în același timp, pe crearea sistemului de intervenție.

Educarea comunității ar facilita crearea rețelelor în jurul familiilor și, de asemenea, ar reduce incidența abuzurilor în cazul părinților care sunt derutați de sarcina de a disciplina copilul și incapabili să imagineze singuri soluții în situațiile provocatoare create de un copil mai dificil.

Rolul *mass-mediei* în această întreprindere este covârșitor. Pentru a înceta să mai vadă abuzul și neglijarea copilului doar prin prisma mentalității tolerante față de fenomen, oamenii presei necesită înainte de toate formare.

Să nu transformăm prevenirea abuzului și a neglijării într-un domeniu de intervenție al poliției, în primul rând. Când dezvoltarea copilului este pusă sub semnul riscului de către părintele abuziv, aplicarea legii este necesară, dar nu este suficientă nici pentru victimă și nici pentru agresor. Este necesar să dezvoltăm strategii de intervenție atât pentru reabilitarea copilului victimă, cât și a agresorului.

Trebuie să dezvoltăm o implicare comunitară largă. Sunt necesare acțiuni educative care să dezvolte sentimentul responsabilității și al implicării în

ceea ce se întâmplă copiilor și familiilor din vecinătatea noastră. Această atitudine poate fi garanția funcționării serviciilor, a creării de noi servicii de calitate și chiar a dezvoltării legislației. *Biserica* poate juca un rol important la nivelul comunității.

Un deziderat pentru cei care intervin cu profesionalism, competență umană și devotament este să *evite dezamăgirea* atunci când, după intervenții asidue și de durată, rezultatele nu apar.

Dezvoltarea intervențiilor în țara noastră, ar putea avea patru mari direcții de acțiune:

- dezvoltarea unor structuri;
- educație/formare;
- informație, cercetare;
- legislație.

Dezvoltarea structurilor se referă la crearea serviciilor absente sau/și la modificarea și lărgirea modului de funcționare al serviciilor existente.

Sunt necesare centre pentru copii și familie, centre de prevenire a maltratării copilului și alte tipuri de servicii care pot funcționa în comunitățile noastre și pentru care ne putem inspira din structurile create deja în lume. Pot fi inițiate proiecte care, funcționând pe o perioadă limitată, să arate la momentul evaluării gradul de reușită precum și punctele nevralgice. Continua evaluare și reflecție asupra întreprinderilor este o caracteristică necesară intervenienților din acest moment.

Pe de altă parte, departamentele speciale însărcinate cu prevenirea abuzului și neglijării copilului din cadrul Direcțiilor Județene de Protecție a Drepturilor Copilului trebuie orientate astfel încât să-și îndeplinească misiunea pentru care au fost inițiate. Centrele de urgență pentru minori și cele de plasament au nevoie de o orientare conștientă în sensul prevenirii abuzului și a neglijării copiilor beneficiari ai acestor servicii. Aceasta presupune o formare de bază, precum și reactualizări periodice ale cunoștințelor de specialitate ale personalului care interacționează direct cu copiii. Atât inițierea de noi servicii, cât și modificările celor existente trebuie să se facă în spiritul apărării interesului superior al copilului. Aceasta înseamnă că cei chemați să dezvolte sau să restructureze au nevoie de o bună pregătire în domeniul *dezvoltării copilului*. În ultimii ani, au apărut informații noi, care au revoluționat vechiul corp de cunoștințe și au schimbat sistemul serviciilor pentru copil și familie în lume, prin integrarea noilor informații. Funcționarea propice a acestor structuri, noi sau vechi, depinde de calitatea specialiștilor selectați și formați. Căci nu rolul, funcția pe care o ocupă într-o structură, conferă abilități «specialistului», ci abilitățile pe care le are, teoretice și practice, îl vor ajuta să joace cu eficacitate rolul în cadrul unui serviciu. Uneori, rutina serviciilor este atât de puternic cristalizată, încât specialiștii noi intrați în structură își pierd entuziasmul inițial în maras-

mul culturii dezvoltate de instituție. A discuta despre aceste riscuri, a le «vedea», a nu le ascunde sau nega înseamnă primul pas și cel mai puțin costisitor pentru schimbare.

Bisericile sau unele organizații voluntare de tineret pot să se implice mai mult în intervențiile pe bază de voluntariat. Acestea ar putea colabora cu specialiștii pentru inițierea rețelelor sociale și a grupurilor de suport social în comunitate.

Când vorbim despre structuri, trebuie să avem în vedere câteva aspecte care, în practică, sunt încă adeseori uitate:

- nevoia funcționării în rețea a serviciilor, ceea ce presupune o bună colaborare, depășindu-se animozitățile personale sau geloziile inter-instituționale;
- nevoia creării unor sisteme comunitare de culegere și raportare a datelor privind situațiile de maltratare a copilului;
- nevoia unor evaluări periodice a rezultatelor obținute și raportarea lor la obiectivele propuse și a dezvoltării unei reflecții pe marginea rezultatelor și a acțiunilor care au condus la acestea.

Educația/formarea are în vedere comunitatea în sensul cel mai larg. Acțiunile cu scop educativ la nivelul comunității, făcute cel mai adesea prin intermediul mass-mediei, dar cu mesaje clare și corecte, formulate de către specialiști, pot schimba mentalitatea comunităților.

Aceasta reprezintă condiția esențială pentru crearea și funcționarea serviciilor absente. Comunitatea, sensibilizată la fenomen, va face ca formularea cererii de servicii să fie clară.

O altă consecință pozitivă a educării comunității va fi considerarea nevoii de servicii de calitate ca o prioritate comunitară. Într-o societate obsedată de sărăcie, va apărea astfel motivația necesară găsirii resurselor pentru inițierea și funcționarea serviciilor.

Specialiștii care lucrează în aceste servicii, jucând cele mai dificile roluri, necesită competențe umane și profesionale bine structurate. Societatea ar trebui să asigure posibilități *permanente* de formare pentru specialiștii interesați.

Serviciile ar trebui să creeze un sistem de facilități și obligativitatea de aducere periodică la zi a cunoștințelor și a abilităților practice ale specialiștilor, în acest dificil și provocator domeniu de intervenție.

Informație/cercetare. Crearea serviciilor ar trebui să se bazeze pe rezultatele unor *cercetări* care să dezvăluie date privind amploarea, cauzele și modul de manifestare a fenomenului.

Universitățile sunt chemate să dezvolte, în colaborare cu structurile de intervenție existente, cercetări la nivel comunitar, național sau transcultural. Aceste cercetări trebuie să fie dublate de acțiuni în favoarea subiecților care să devină în același timp beneficiari ai unor intervenții.

Unul din cele mai periculoase lucruri îl reprezintă stoparea circulației informației. Circulația informației se poate face prin diseminarea rezultatelor cercetărilor, prin publicarea de cărți de specialitate în limba română, prin traducerea și publicarea unor lucrări străine, crearea unor reviste de specialitate și accesarea pe Internet a informațiilor din domeniu.

Un fapt esențial pentru schimbare este participarea specialiștilor români la întâlniri naționale și internaționale, realizarea unui dialog cu colegii din alte părți ale lumii, schimburile de experiență cu privire la prevenirea abuzului și neglijării copilului.

Știința este un domeniu fără granițe și integrarea poate aduce inspirație și convingere pentru munca în condițiile speciale din România.

Legislația. Crearea unui cadru legislativ adecvat reprezintă o prioritate. Funcționarea serviciilor, formarea specialiștilor, campaniile de educare comunitară pot fi impulsionate sau frânate de cadrul legislativ existent.

Tot mai mult în lume, în ultimii ani, cadrul legislativ are o dinamică bazată pe negocierea între normele juridice și dinamica socială (Zamfir și Zamfir, 1996). Această orientare contemporană trebuie să se facă simțită și în România. Pe de altă parte, serviciile se pot naște ca răspuns la nevoile impuse de realitate. Ele pot și trebuie să inspire reglementările juridice.

Note explicative

1. Cum ar fi: *teoriile sistemice, ecologice, structurale etc.*

2. Există, pe plan național, începând cu anul universitar 1999, un singur program de formare național, de nivel post-universitar pentru specializarea în domeniul prevenirii abuzului și a neglijării copilului; acesta a fost creat la Universitatea de Vest din Timișoara, cu sprijin TEMPUS, și are ca parteneri Universitatea René Descartes din Paris, Universitatea din Liège și cea din Namur.

3. Saint-Exupery, A. de (1992). *Micul Prinț*. București: Editura Regis

4. Constantin Noica afirma că „a fi convins de un adevăr înseamnă a străluci ca alama lustruită întru acel adevăr".